

.....
Imię i nazwisko

.....
Numer prawa wykonywania zawodu

.....
Numer rejestru

Oświadczenie

Oświadczam, że w dniu utraciłam(em) dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza” „Prawo wykonywania zawodu lekarza *stomatologa *dentysty” „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza” „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza *stomatologa *dentysty”, oznaczony numerem seryjnym, wydany przez, w dniu

.....
data

.....
podpis

**niepotrzebne skreślić*

