POWIADOMIENIE
o podjęciu wykonywania zawodu *lekarza/*lekarza dentysty
na obszarze Okręgowej Izby Lekarskiej w Koszalinie

☐ lekarz ☐ lekarz dentysta

.....

Numer prawa wykonywania zawodu

.....

		–			–							

Numer rejestru

*lekarza/*lekarza dentysty na obszarze

1) nazwa i miejsce pracy:
2) nr statystyczny REGON miejsca pracy:
3) adres (ulica, nr domu, kod pocztowy, miejsc ((6

4) nr telefonu, nr faxu, adres poczty elektronicznej:
5) stanowisko:
6) *okres wykonywania zawodu /*bezterminowo:

data podpis