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

☐ lekarz ☐ lekarz dentysta

.....
imię i nazwisko

Numer prawa wykonywania zawodu

.....
nazwa okręgowej izby lekarskiej

		–			–							

Numer rejestru

Informuję, że podjąłem wykonywanie zawodu *lekarza/*lekarza dentysty na obszarze Okręgowej Izby Lekarskiej w Koszalinie

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

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

…… ……
data podpis