.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres zamieszkania – tel.)

Koszalin, dnia, ...

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w związku z posiadaną rentą/emeryturą nie wykonuję zawodu lekarza/lekarza stomatologa.
- Nr decyzji o przyznaniu emerytury :
- Data przyznania emerytury:
- Organ wydający decyzję:

Z chwilą podjęcia jakiejkolwiek pracy zawodowej deklaruję niezwłocznie powiadomić Izbę

.....
(podpis i pieczątka lekarza)