Załącznik Nr 18 do regulaminu

Wzór

.....
Imię i nazwisko

.....
Numer prawa wykonywania zawodu

.....
Numer rejestru

Oświadczenie

Oświadczam, że z dniem ……. *zaprzestałem(am) *zaprzestaję wykonywać zawód *lekarza *lekarza dentysty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej. Posiadane prawo wykonywania zawodu ograniczam do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w odniesieniu do swojej osoby, małżonka i osób wstępnych i zstępnych w linii prostej pierwszego i drugiego stopnia w warunkach ambulatoryjnych, a także do świadczeń zdrowotnych wynikających z obowiązku określonego w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943, z późn. zm.). Jednocześnie zobowiązuję się do złożenia stosownego oświadczenia do okręgowej izby lekarskiej, której jestem członkiem, o podjęciu lub zamiarze podjęcia wykonywania zawodu *lekarza *lekarza dentysty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.

....
data *podpis*

**niepotrzebne skreślić*