Załącznik Nr 20 do regulaminu

Wzór

.....
Imię i nazwisko

.....
Numer prawa wykonywania zawodu

.....
Numer rejestru

Oświadczenie

Na podstawie art. 13 pkt 3 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 30, poz. 158, z późn. zm.) oświadczam, że z dniem …….. zrzekam się *prawa wykonywania zawodu *lekarza *lekarza dentysty *ograniczonego prawa wykonywania zawodu *lekarza *lekarza dentysty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, oznaczonego numerem …, i wnoszę o skreślenie mnie z listy członków Okręgowej Izby Lekarskiej w …

data *podpis*

** niepotrzebne skreślić*