

Załącznik Nr 7 do regulaminu

Wzór

.....
Imię i nazwisko

.....
Numer prawa wykonywania zawodu

.....
Numer rejestru

Oświadczenie

Oświadczam, że w dniu ... utraciłam(em) dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza”
„Prawo wykonywania zawodu lekarza *stomatologa *dentysty” „Ograniczone prawo
wykonywania zawodu lekarza” „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza
*stomatologa *dentysty”, oznaczony numerem seryjnym ..., wydany przez ..., w dniu ...

.....
data

.....
podpis

**niepotrzebne skreślić*