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*