Łódź, dnia…………………….roku

..........................................................

*Imię i nazwisko lekarza, lekarza dentysty*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |

*Numer prawa wykonywania zawodu*

..........................................................

*Numer okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów*

**Oświadczenie**

Oświadczam, że z dniem ................................... \*zamierzam podjąć \*podjąłem(am) wykonywanie zawodu \*lekarza \*lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej \*na podstawie umowy o pracę \*na podstawie umowy cywilnej \*na podstawie stosunku służbowego \*w formie uczestniczenia w studiach doktoranckich \*na podstawie przepisów o odbywaniu studiów lub uczestniczeniu w badaniach naukowych lub szkoleniach przez osoby nie będące obywatelami polskimi \*jako wolontariusz w …………………………..………………………………

………………...............................................................................................................................

*nazwa zakładu leczniczego lub innego podmiotu*

\*w formie prowadzenia \*indywidualnej \*indywidualnej specjalistyczne praktyki lekarskiej

\*grupowej praktyki lekarskiej\* wyłącznie w miejscu wezwania\* wyłącznie w podmiocie wykonującym działalność leczniczą

...................................................................................................................................................

*data złożenia wniosku o wpis do rejestru praktyk lekarskich*

Nie wykonuję zawodu \*lekarza \*lekarza dentysty od dnia ...........................................roku.

………………………………. ……………………………………….

*data podpis*

*\*niepotrzebne skreślić*