

### Wzór

.....  
Imię i nazwisko lekarza, lekarza dentysty

--	--	--	--	--	--	--	--

Numer prawa wykonywania zawodu

.....  
Numer okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów

### Oświadczenie

Oświadczam, że w dniu ..... utraciłem(am) dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza” „Prawo wykonywania zawodu \*lekarza stomatologa \*lekarza dentysty”, oznaczony numerem seryjnym ....., wydany w dniu ..... przez .....

Jednocześnie wnoszę o wydanie duplikatu dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza” „Prawo wykonywania zawodu \*lekarza stomatologa \*lekarza dentysty”.

.....  
data

.....  
podpis

\*niepotrzebne skreślić