

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

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

Numer prawa wykonywania zawodu

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

Oświadczenie

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt. 2 ustawy z ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522 i 2020) oświadczam, że z dniem zrzekam się *prawa wykonywania zawodu *lekarza *lekarza dentysty *prawa wykonywania zawodu *lekarza *lekarza dentysty w celu odbycia stażu podyplomowego *prawa wykonywania *lekarza *lekarza dentysty w celu odbycia kształcenia podyplomowego *prawa wykonywania lekarza *lekarza dentysty na określony zakres czynności zawodowych * warunkowego prawa wykonywania zawodu na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, oznaczonego numerem, i wnoszę o skreślenie mnie z listy członków Okręgowej Izby Lekarskiej w

Jednocześnie zobowiązuje się do zwrotu dokumentu *„Prawo wykonywania zawodu lekarza” *„Prawo wykonywania zawodu lekarza *stomatologa *dentysty” oznaczonego numerem seryjnym wydanego w dniu..... przez Okręgową Izbę Lekarską w

.....
data

.....
podpis

** niepotrzebne skreślić*