

**Powiadomienie o podjęciu wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty
na obszarze Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie
(dotyczy członków INNYCH izb lekarskich)**

IMIĘ:

NAZWISKO:

NR PWZ:

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

NAZWA OIL:

NR REJESTRACYJNY W OIL:

--	--

 -

--	--

 -

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

Informuję, że podjąłem wykonywanie zawodu *lekarza/*lekarza dentysty na
obszarze Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie

NAZWA I MIEJSCE PRACY:

.....

.....

NR REGON MIEJSCA PRACY:

**ADRES (ULICA, NR DOMU, KOD POCZTOWY, MIEJSCOWOŚĆ, POWIAT,
WOJEWÓDZTWO)**

.....

.....

NR TELEFONU:

ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ:

STANOWISKO:

***OKRES WYKONYWANIA ZAWODU/*BEZTERMINOWO:**

.....

.....
(data)

.....
(podpis)