

.....
Imię i nazwisko

.....
Numer prawa wykonywania zawodu

.....
Numer rejestru

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w dniu utraciłem(am) 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