

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

.....
Numer prawa wykonywania zawodu

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

Oświadczenie

Oświadczam, że z dniem *zaprzestałem(am) *zaprzestaję wykonywać zawód *lekarza *lekarza dentysty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.

Jednocześnie zobowiązuję się do złożenia stosownego oświadczenia do okręgowej izby lekarskiej, której jestem członkiem, o podjęciu lub zamiarze podjęcia wykonywania zawodu *lekarza *lekarza dentysty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.

Posiadane prawo wykonywania zawodu ograniczam do udzielania świadczeń zdrowotnych w odniesieniu do swojej osoby, małżonka i osób wstępnych i zstępnych w linii prostej pierwszego i drugiego stopnia w warunkach ambulatoryjnych, a także do świadczeń zdrowotnych wynikających z obowiązku określonego w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z 2009 r. Nr 6, poz. 33, Nr 22, poz.120, Nr 40, poz. 323, Nr 76, poz. 641 i Nr 219, poz. 1706 i 1708 oraz z 2010 r. Nr 81, poz. 531 i Nr 107, poz. 679).

.....
data

.....
podpis

**niepotrzebne skreślić*