

.....
Imię i nazwisko lekarza, lekarza dentystry

.....
Numer prawa wykonywania zawodu

.....
Numer okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystrów

Oświadczenie

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt 2 ustawy z ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (j.t. Dz. U. z 2015 r. poz. 651 z późn. zm.), oświadczam, że z dniem zrzekam się *prawa wykonywania zawodu *lekarza *lekarza dentystry *ograniczonego prawa wykonywania zawodu *lekarza *lekarza dentystry na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, oznaczonego numerem, i wnoszę o skreślenie mnie z listy członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Lublinie

Składam do akt osobowych dokument *,„Prawo wykonywania zawodu *lekarza *lekarza dentystry” *,„Ograniczone prawo wykonywania zawodu *lekarza *lekarza dentystry”, oznaczony numerem seryjnym

.....
data

.....
podpis

* *niepotrzebne skreślić*