

Imię i nazwisko

.....

Numer prawa wykonywania zawodu

.....

Numer rejestru

.....

Oświadczenie

Oświadczam, że nie jestem karany(a) ani nie toczy się przeciwko mnie postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności karnej oraz, że nie znam okoliczności, które mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza.

.....

data

.....

podpis