

**Wzór**

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Numer prawa wykonywania zawodu

.....  
Numer rejestru

**Oświadczenie**

Na podstawie art. 13 pkt 3 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 30, poz. 158, z późn. zm.) oświadczam, że z dniem ..... zrzekam się \*prawa wykonywania zawodu \*lekarza \*lekarza dentysty \*ograniczonego prawa wykonywania zawodu \*lekarza \*lekarza dentysty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, oznaczonego numerem ..., i wnoszę o skreślenie mnie z listy członków Okręgowej Izby Lekarskiej w ...

*data*

*podpis*

\* *niepotrzebne skreślić*

