

**Wzór**

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Numer prawa wykonywania zawodu

.....  
Numer rejestru

**Oświadczenie**

Oświadczam, że z dniem ..... \*zamierzam podjąć, \*podjąłem(am)  
wykonywanie zawodu \*lekarza \*lekarza dentysty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej \*na  
podstawie umowy o pracę \*na podstawie umowy cywilnej \*na podstawie stosunku  
służbowego \*w formie uczestniczenia w studiach doktoranckich \*na podstawie przepisów o  
odbywaniu studiów lub uczestniczeniu w badaniach naukowych lub szkoleniach przez osoby  
nie będące obywatelami polskimi \*jako wolontariusz, w

.....  
nazwa zakładu opieki zdrowotnej (podmiotu)

\*prowadzenia indywidualnej/specjalistycznej/grupowej praktyki lekarskiej

.....  
*data złożenia wniosku o wpis do rejestru praktyk lekarskich*

Nie wykonuję zawodu \*lekarza \*lekarza dentysty od dnia .....

*data*

*podpis*

*\*niepotrzebne skreślić*