

.....

Imię i nazwisko

.....

Numer prawa wykonywania zawodu

.....

Numer rejestru

.....

## Oświadczenie

Oświadczam, że posiadam obowiązkowe ubezpieczenie odpowiedzialności cywilnej,  
o którym mowa w art. 25 ust. 1 pkt 1 Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15.04.2011 r.

.....

data

.....

podpis