

.....
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