

**POWIADOMIENIE**  
**o podjęciu wykonywania zawodu \*lekarza/\*lekarza dentysty**  
**na obszarze Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze**

lekarz    lekarz dentysta

.....  
imię i nazwisko

.....  
numer prawa wykonywania zawodu

.....  
nazwa okręgowej izby lekarskiej

.....  
numer rejestru

.....  
nr telefonu, adres e-mail

Informuję, że podjąłem wykonywanie zawodu \*lekarza/\*lekarza dentysty na obszarze Okręgowej Izby Lekarskiej w Zielonej Górze

1) nazwa i miejsce pracy

.....

2) nr statystyczny REGON miejsca pracy:

.....

3) adres (ulica, nr domu, kod pocztowy, miejscowość, powiat, województwo):

.....

.....

4) nr telefonu, nr faxu, adres poczty elektronicznej:

.....

5) stanowisko:

.....

6) forma zatrudnienia i okres wykonywania zawodu / bezterminowo:

.....

.....

data i podpis