

.....
Imię i nazwisko

.....
Numer prawa wykonywania zawodu

.....
Numer rejestru

Oświadczenie

Oświadczam, że z dniem *zaprzystałem(am) *zaprzestaję wykonywać zawód *lekarza *lekarza dentystry na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej. Posiadane prawo wykonywania zawodu ograniczam do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz wydawania opinii i orzeczeń lekarskich w odniesieniu do swojej osoby, małżonka i osób wstępnych i zstępnych w linii prostej pierwszego i drugiego stopnia w warunkach ambulatoryjnych, a także do świadczeń zdrowotnych wynikających z obowiązku określonego w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.). Jednocześnie zobowiązuję się do złożenia stosownego oświadczenia do okręgowej izby lekarskiej, której jestem członkiem, o podjęciu lub zamiarze podjęcia wykonywania zawodu *lekarza *lekarza dentystry na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.

.....
data

.....
podpis

**niepotrzebne skreślić*