**POWIADOMIENIE O PODJĘCIU WYKONYWANIA ZAWODU**

**NA OBASZARZE WIELKOPOLSKIEJ IZBY LEKARSKIEJ**

....................................................................................................................................................................

Imię nazwisko Tytuł zawodowy

....................................................................................................................................................................

Numer prawa wykonywania zawodu Numer rejestracyjny

....................................................................................................................................................................

Telefon kontaktowy adres e-mail

Członek Okręgowej Izby Lekarskiej w .....................................................................................................

**Informuję, że pojąłem/-ęłam wykonywanie zawodu na obszarze Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
w ........................................... :**

1. **Nazwa i miejsce pracy:** ...............................................................................................................
.......................................................................................................................................................
2. **Adres miejsca pracy:** ...................................................................................................................
.......................................................................................................................................................
3. **Nr telefonu, faxu, adres poczty elektronicznej:** .........................................................................
.......................................................................................................................................................
4. **Stanowisko:** ..................................................................................................................................
5. **Forma zatrudnienia:** ...................................................................................................................
6. **Okres wykonywania zawodu:** .....................................................................................................

Data Podpis