

WNIOSEK O WPIS DO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU

.....
Imię nazwisko

.....
Tytuł zawodowy

.....
Adres korespondencyjny

.....
Telefon kontaktowy

.....
Email

.....
Numer PWZ

Proszę o wpis do prawa wykonywania zawodu:

- Specjalizacji z:
- Stopnia naukowego
- Tytułu naukowego
- Inne: zmiana nazwiska/przeniesienie/*

.....
data/podpis /pieczętka/

PREFEROWANY SPOSÓB ODBIORU PWZ:

- odbiór osobisty w siedzibie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w
- przesłanie na wyżej wymieniony adres korespondencyjny
- upoważniam do odbioru osobistego w siedzibie Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w

Imię i nazwisko

Nr dowodu osobistego

Potwierdzam przyjęcie dokumentu:

Data

Podpis

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór prawa wykonywania zawodu o numerze seryjnym:

Data

Podpis