

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a:

Imię i nazwisko:

Data i miejsce urodzenia:

oświadczam, że jako lekarz / lekarz dentysta odbywający staż podyplomowy dobrowolnie rezygnuję z wydania karty dokumentu „Prawo wykonywania zawodu” przeznaczonej na okres odbywania stażu podyplomowego.

Oświadczenie składałem dobrowolnie i świadomie.

Data złożenia oświadczenia:

.....

Podpis