

Poznań, dnia

.....
Imię i nazwisko

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry oraz jest w stanie porozumieć się z pacjentem oraz współpracownikami.

.....

(podpis)