…………………………………………………….

miejscowość, data

………………………………………………….

Imię i nazwisko

………………………………………………….

okręgowa izba lekarska

………………………………………………….

nr mandatu dot. Delegata na XIV KZL

**OŚWIADCZENIE**

Wyrażam zgodę na kandydowanie na członka komisji / zespołu Naczelnej Rady Lekarskiej ds. ……………………………..

…………………………………….