

**Wzór**

.....  
Imię i nazwisko lekarza, lekarza dentysty

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Numer prawa wykonywania zawodu

.....  
Numer okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów

**Oświadczenie**

Oświadczam, że z dniem ..... \*zamierzam podjąć \*podjąłem(am)  
wykonywanie zawodu \*lekarza \*lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej \*na  
podstawie umowy o pracę \*na podstawie umowy cywilnej \*na podstawie stosunku  
służbowego \*w formie uczestniczenia w studiach doktoranckich \*na podstawie przepisów  
o odbywaniu studiów lub uczestniczeniu w badaniach naukowych lub szkoleniach przez  
osoby nie będące obywatelami polskimi \*jako wolontariusz w .....

.....  
nazwa zakładu leczniczego lub innego podmiotu

\*w formie prowadzenia \*indywidualnej \*indywidualnej specjalistyczne praktyki lekarskiej  
\*grupowej praktyki lekarskiej

.....  
data złożenia wniosku o wpis do rejestru praktyk lekarskich

Nie wykonuję zawodu \*lekarza \*lekarza dentysty od dnia .....

.....  
data

.....  
podpis

\*niepotrzebne skreślić