

Wzór

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

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

Numer prawa wykonywania zawodu

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

Oświadczenie

Oświadczam, że w dniu utraciłem(am) dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza” „Prawo wykonywania zawodu *lekarza stomatologa *lekarza dentysty”, oznaczony numerem seryjnym, wydany w dniu przez

Jednocześnie wnoszę o wydanie duplikatu dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza” „Prawo wykonywania zawodu *lekarza stomatologa *lekarza dentysty”.

.....
data

.....
podpis

*niepotrzebne skreślić