Załącznik Nr 21 do regulaminu

Wzór

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

Numer prawa wykonywania zawodu

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

Oświadczenie

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt. 2 ustawy z ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522 i 2020) oświadczam, że z dniem ..... zrzekam się *prawa wykonywania zawodu *lekarza *lekarza dentysty *prawa wykonywania zawodu *lekarza *lekarza dentysty w celu odbycia stażu podyplomowego na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, oznaczonego numerem ....., i wnoszę o skreślenie mnie z listy członków Okręgowej Izby Lekarskiej w .....

Jednocześnie zobowiązuje się do zwrotu dokumentu *„Prawo wykonywania zawodu lekarza" *„Prawo wykonywania zawodu lekarza *stomatologa *dentysty" oznaczonego numerem seryjnym ..... wydanego w dniu..... przez Okręgową Izbę Lekarską w .....

....
data *podpis*

* *niepotrzebne skreślić*