****

**POTWIERDZENIE DANYCH OSOBOWYCH**

**LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY\***

…………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………..

Imię/imiona i nazwisko

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nazwisko rodowe

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………

Data , miejscowość i kraj urodzenia

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Imiona rodziców

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Obywatelstwo

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Pesel

 Dowód osobisty …………………………………………………………………………………………………………………….

 *Seria i numer*

 Paszport ………………………………………………………………………………………………………………….

 *Seria i numer*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Organ wydający dokument, miejsce

data wydania dokumentu…………………………………………………………………………………………………………………….

data ważności dokumentu……………………………………………………………………………………………………………………

 ……………………………………….…….

 *Data i podpis pracownika Wielkopolskiej Izby Lekarskiej*

*\*Prosimy wypełniać drukowanymi literami*