

....., dnia.....
(Miejscowość)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(numer PWZ)

.....
(adres)

.....
(numer telefon)

.....
(e-mail)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w ramach swojego
zarejestrowanego w Urzędzie Wojewódzkim w,
wykonywałem/wykonuję* zawód lekarza/lekarza dentysty* w wymiarze co najmniej
40 godzin miesięcznie w okresie od do

.....
(data)

.....
(podpis lekarza)

* niepotrzebne skreślić