

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Numer prawa wykonywania zawodu

.....  
Numer rejestru

### Oświadczenie

Oświadczam, że w dniu ..... utraciłam(em) dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza” „Prawo wykonywania zawodu lekarza \*stomatologa \*dentysty” „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza” „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza \*stomatologa \*dentysty”, oznaczony numerem seryjnym ....., wydany przez ....., w dniu .....

.....  
data

.....  
podpis

*\*niepotrzebne skreślić*