

.....
nazwa organizatora
kształcenia

.....
numer wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów
Okręgowej Izby Lekarskiej w*/ Naczelnej Izby Lekarskiej*/

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w ramach kształcenia podyplomowego lekarzy*/ lekarzy dentystów*
w formie określonej w informacji, nie będą przedstawiane treści związane z promowaniem
nazw producentów leków, wyrobów medycznych lub aparatury i sprzętu medycznego
sponsoringujących tę formę kształcenia.

.....
imię i nazwisko przedstawiciela
organizatora kształcenia

.....
stanowisko/funkcja

.....
data

.....
podpis

* niepotrzebne skreślić