

.....

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 dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708) oświadczam, że z dniem ... zrzekam się *prawa wykonywania zawodu *lekarza /*lekarza dentysty /*ograniczonego prawa wykonywania zawodu *lekarza /*lekarza dentysty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, oznaczonego numerem, i wnoszę o skreślenie mnie z listy członków Okręgowej Izby Lekarskiej w Opolu

.....

data

.....

podpis

* niepotrzebne skreślić