.....

Imię i nazwisko lekarza, lekarza dentysty

Numer prawa wykonywania zawodu

		–			–							

Numer okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów

Oświadczenie

Oświadczam, że w dniu ..... utraciłem(am) 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 ..... Proszę o wydanie duplikatu w/w dokumentu.

....

data podpis

*niepotrzebne skreślić