

POWIADOMIENIE
o podjęciu wykonywania zawodu *lekarza/*lekarza dentysty na obszarze
Opolskiej Izby Lekarskiej

lekarz / lekarz dentysta

.....
imię i nazwisko

.....
numer prawa wykonywania zawodu

.....
nazwa okręgowej izby lekarskiej

.....
numer rejestru

Informuję, że podjąłem wykonywanie zawodu *lekarza/*lekarza dentysty na obszarze
Opolskiej Izby Lekarskiej w Opolu:

1) nazwa i miejsce pracy:

.....

2) nr statystyczny REGON miejsca pracy:

.....

3) adres (ulica, nr domu, kod pocztowy, miejscowość, powiat, województwo):

.....

4) nr telefonu, nr faxu, adres poczty elektronicznej:

.....

5) stanowisko:

.....

6) okres wykonywania zawodu / bezterminowo:

.....

.....
data i podpis