

POWIADOMIENIE

o podjęciu wykonywania zawodu lekarza*/ lekarza dentysty*
na obszarze działania Okręgowej Izby Lekarskiej w

*lekarz / * lekarz dentysta

.....
imiona i nazwisko

.....
nr prawa wykonywania zawodu

.....
nazwa okręgowej izby lekarskiej

.....
nr rejestru

Informuję, że podjąłem wykonywanie zawodu *lekarza/ *lekarza dentysty
na obszarze Okręgowej Izby Lekarskiej w

W:
nazwa i miejsce pracy

.....
REGON miejsca pracy

.....
adres (kod pocztowy, miejscowość, ulica, nr domu)

.....
stanowisko

.....
okres wykonywania zawodu / bezterminowo

.....
data i podpis