

POWIADOMIENIE

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

lekarz

lekarz dentysta

.....
imię i nazwisko

.....
nr prawa wykonywania zawodu

.....
okręgowa izba lekarska – przynależność

.....
e-mail

.....
nr tel.

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

.....
nazwa i adres miejsca pracy

.....
stanowisko

.....
okres wykonywania zawodu

.....
forma zatrudnienia (umowa o pracę, umowa cywilnoprawna, prywatna działalność itp.)

.....
data i podpis