

.....
.....
Miejscowość i data

.....
.....
Firma i adres podmiotu

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisany oświadczam, że :

1. nie jestem/ jestem* zawieszony w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza i lekarza dentysty lub przepisów o izbach lekarskich,
2. nie byłem/byłem* ukarany karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
3. nie jestem/ jestem* pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.

.....
Podpis

*niewłaściwe skreślić