

Lublin, dnia

.....

imię nazwisko

.....

numer prawa wykonywania zawodu

Oświadczenie

Oświadczam, że jestem świadomy/a obowiązku zawarcia umowy ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt 1. i ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (j.t. Dz. U. z 2018 r. poz. 160 z późn. zm.).

.....

(podpis lekarza)