

.....
Miejscowość i data

imię i nazwisko lekarza/lekarza dentysty

numer prawa wykonywania zawodu

Weryfikacja adresu do korespondencji w księdze rejestrowej

Zwracam się z prośbą o dokonanie korekty w księdze rejestrowej mojej praktyki zawodowej wpisanej w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonym przez Lubelską Izbę Lekarską w rubryce 9. Adres do korespondencji:

(dokładny adres do korespondencji – kod pocztowy – miejscowość – ulica – numer domu /numer lokalu)

.....
(podpis lekarza)