

.....
Imię i nazwisko lekarza, lekarza dentysty

--	--	--	--	--	--	--	--

Numer prawa wykonywania zawodu

.....
Numer okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów

Oświadczenie

Oświadczam, że z dniem *zamierzam podjąć *podjąłem(am) wykonywanie zawodu *lekarza *lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej *na podstawie umowy o pracę *na podstawie umowy cywilnej *na podstawie stosunku służbowego *jako wolontariusz w

.....
nazwa zakładu leczniczego lub innego podmiotu

*w formie prowadzenia *indywidualnej *indywidualnej specjalistyczne praktyki lekarskiej *grupowej praktyki lekarskiej * wyłącznie w miejscu wezwania* wyłącznie w zakładzie leczniczym

.....
data złożenia wniosku o wpis do rejestru praktyk lekarskich

Nie wykonuję zawodu *lekarza *lekarza dentysty od dnia

W związku z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego * stanu epidemii (Dz. U.) oświadczam, że będę wykonywał(a) zawód *lekarza*lekarza dentysty od dnia..... pod nadzorem *lekarza*lekarza dentysty

.....
imię i nazwisko

posiadającego prawo wykonywania zawodu*lekarza*lekarza dentysty

.....
numer PWZ

oraz specjalizację II stopnia*tytuł specjalisty
wykonującego zawód w
w okresie 3 miesięcy od dnia podjęcia wykonywania zawodu.

.....
data

.....
podpis

**niepotrzebne skreślić*

Załącznik Nr 20a do regulaminu

.....
Imię i nazwisko lekarza, lekarza dentysty

W załączeniu oświadczenie lekarza/ lekarza dentysty pod którego nadzorem będę wykonywał zawód

--	--	--	--	--	--	--	--

Numer prawa wykonywania zawodu

.....
Numer okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów

.....
Specjalizacja II stopnia/tytuł specjalizacji

Oświadczenie

Oświadczam, że zobowiązuję się pełnić nadzór nad wykonywaniem zawodu przez lekarza/lekarza dentystę.....wykonującego zawód

W.....

w okresie od dnia.....do.....,

który podejmuje wykonywanie zawodu po przerwie trwającej dłużej niż 5 lat.

Jednocześnie zobowiązuje się przekazać Okręgowej Radzie Lekarskiej

w..... informację o zakończeniu przeszkolenia i opinię

uzyskania przez ww. lekarza/lekarza dentysty kwalifikacji do samodzielnego wykonywania zawodu.

.....

data

.....

podpis