

.....,

(miejscowość)

(data)

.....
(stopień naukowy, tytuł zawodowy)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(numer PWZ)

.....
(data urodzenia)

.....
(nr telefonu)

Sz. P.
Przewodniczący Okręgowego
Sądu Lekarskiego w Lublinie

WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA O NIEKARALNOŚCI

Niniejszym, zwracam się z uprzejmą prośbą o wydanie zaświadczenia o niekaralności przez organy odpowiedzialności zawodowej Lubelskiej Izby Lekarskiej na potrzeby*

Zaświadczenie odbiorę osobiście/ proszę przesłać pocztą na adres**:

.....
(czytelny podpis)

* Przykładowe potrzeby: orzecznictwa ZUS, powołania na funkcję biegłego, powołania na funkcję Konsultanta Wojewódzkiego lub inne – proszę wpisać właściwe

** Niepotrzebne skreślić