

# O Ś W I A D C Z E N I E

o zaprzestaniu wykonywania zawodu lekarza

Ja niżej podpisany lekarza .....

zam. ....

oświadczam że od dnia .....na czas nieokreślony zaprzestaje wykonywania zawodu lekarza.

Jednocześnie zobowiązuję się do niezwłocznego powiadomienia Okręgowej Izby Lekarskiej w Rzeszowie o zmianie mojej sytuacji w przypadku podjęcia wykonywania zawodu.

.....

( podpis )