

OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:

- nie jestem zawieszony w prawie wykonywania zawodu ani ograniczony w wykonywaniu określonych czynności medycznych na podstawie przepisów o zawodach lekarza, lub przepisów o izbach lekarskich,
- nie jestem ukarany karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
- nie jestem pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem sądu karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.

.....
miejsowość, data

.....
pieczęć i podpis osoby/osób upoważnionej/ych do składania oświadczeń