

## OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że:

1. 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,
2. nie jestem ukarany karą zawieszenia prawa wykonywania zawodu,
3. nie jestem pozbawiony możliwości wykonywania zawodu prawomocnym orzeczeniem środka karnego zakazu wykonywania zawodu albo zawieszony w wykonywaniu zawodu zastosowanym środkiem zapobiegawczym.

.....  
miejsowość, data

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