

.....
Imię i nazwisko lekarza, lekarza dentystry

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

Numer prawa wykonywania zawodu

.....
Numer okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystrów

Oświadczenie

Oświadczam, że z dniem *zaprzystałem(am) *zaprzestaję wykonywać zawód *lekarza *lekarza dentystry na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.

Jednocześnie zobowiązuję się do złożenia stosownego oświadczenia do okręgowej izby lekarskiej, której jestem członkiem, o podjęciu lub zamiarze podjęcia wykonywania zawodu *lekarza *lekarza dentystry na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku zamiaru podjęcia wykonywania zawodu po upływie okresu dłuższego niż 5 lat od chwili zaprzestania jego wykonywania, będę zobowiązany do odbycia przeszkolenia określonego przez okręgową radę lekarską na podstawie art. 10 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (tj. Dz. U. z 2021 r. poz. 790 z późn. zm.).

*Ponadto oświadczam, że nadal zamierzam udzielać świadczeń zdrowotnych oraz wydawać opinie i orzeczenia lekarskie w odniesieniu do swojej osoby, małżonka oraz osób wstępnych i zstępnych w linii prostej pierwszego i drugiego stopnia w warunkach ambulatoryjnych, a także udzielać świadczeń zdrowotnych wynikających z obowiązku określonego w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

.....
data

.....
podpis

*niepotrzebne skreślić