pieczęć podmiotu leczniczego

………………………………

imię i nazwisko

………………………………

Adres zamieszkania

…………………………….

Telefon

**OŚWIADCZENIE**

Uprzedzony na podstawie art. 233 § 6 kk o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych zeznań niniejszym oświadczam, iż będąc \*wspólnikiem/partnerem spółki

…………………………………………………………………………………………………

( nazwa spółki )

w okresie od ……………………….. do …………………………….

\*udzielam/łem/łam świadczeń zdrowotnych .w rozumieniu art. 2 ust. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty  jako lekarz …………………….

w podmiocie leczniczym ………………………………………………………………………

( nazwa podmiotu leczniczego )

figurującym w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą pod numerem księgi rejestrowej .................................................

Średni wymiar czasu pracy w przeliczeniu na miesiąc wynosi ….......... godzin.

…………………………

Data, podpis i pieczątka

\*niepotrzebne skreślić