Imię i nazwisko		
MIEJSCE STAŁEGO ZAMIESZKANIA		
ulica i nr domu/lokalu		**kod pocztowy**
miejscowość	**Telefon kontaktowy**	**fax/e-mail**
ADRES DO KORESPONDENCJI - adres do korespondencji jest jednakowy z adresem zamieszkania ☐		
ulica i nr domu/lokalu		
kod pocztowy	**miejscowość**	

OŚWIADCZENIE O PROWADZENIU PRYWATNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

Uprzedzony na podstawie art. 233 § 6 kk o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych zeznań niniejszym oświadczam, że wykonywałem/am zawód *****lekarza/lekarza dentysty faktycznie i zgodnie z prawem, w ramach *****Indywidualnej/Grupowej Praktyki Lekarskiej od momentu jej rejestracji w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Gdańsku tj. od …… do …..... jako *****specjalista w dziedzinie …..,
w wymiarze …..... **godzin miesięcznie.

Okresy zawieszenia/zaprzestania działalności w ciągu ostatnich 5 lat:
od …..... do ….....
od …..... do ….....

Data **podpis i pieczątka**

* niepotrzebne skreślić
** pole obowiązkowe