**POTWIERDZENIE DANYCH OSOBOWYCH LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY:**

…………………………………………………………………………………………………………………………………..………………………..

Imię/imiona i nazwisko

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Nazwisko rodowe

…………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………

Data , miejscowość i kraj urodzenia

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Imiona rodziców

OBYWATELSTWO:

…… POLSKIE

Oby INNE……………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

PESEL

Nazwa dokumentu:

 Dowód osobisty………………………………………………………………………………………………………………………..

 *Seria i numer*

 Paszport…………………………………………………………………………………………………………………………………….

 *Seria i numer*

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Organ wydający dokument, miejsce

data wydania dokumentu…………………………………………………………………………………………………………………….

data ważności dokumentu……………………………………………………………………………………………………………………

 …….………………………………………………………………….…….

 *Data i podpis pracownika Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku*