Miejscowość, data:

Imię i nazwisko:

Adres:

Numer prawa wykonywania zawodu:

**OŚWIADCZENIE**

Niniejszym oświadczam, że jestem członkiem Okręgowej Izby Lekarskiej   
w i w chwili obecnej nie toczy się wobec mnie żadne postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności zawodowej, nie zostałam/em ukarany przez sąd lekarski, nie toczy się przeciwko mnie żadne postępowanie wszczęte przez Okręgową Izbę Lekarską mogące skutkować zawieszeniem prawa wykonywania zawodu lekarza lub ograniczeniem w wykonywaniu określonych czynności medycznych.

Pieczątka i podpis: