

Oświadczenie

Oświadczam, że z dniem zrezygnowałam/em
z prowadzenia indywidualnej/indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej
zarejestrowanej pod adresem

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis i pieczęć)

Oświadczam, że dokumentacja medyczna będzie przechowywana pod adresem:

.....

.....
(miejsowość, data)

.....
(podpis i pieczęć)