

.....
(imię i nazwisko)

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

(numer prawa wykonywania zawodu)

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

(numer wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że z dniem zamierzam podjąć wykonywanie zawodu pielęgniarki/rza*, położnej/ego* na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, w ramach indywidualnej*/grupowej* praktyki pielęgniarskiej

.....
(numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego)

na podstawie umowy o pracę*, umowy cywilnoprawnej*, stosunku służbowego*, jako wolontariat* w

.....
(nazwa podmiotu)

.....
(data)

.....
(podpis)

* - niepotrzebne skreślić