

.....
Imię i nazwisko

.....
Numer prawa wykonywania zawodu

.....
Numer wpisu do okręgowego rejestru

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