

.....

(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