

.....
Imię i nazwisko

.....
Numer prawa wykonywania zawodu

.....
Numer wpisu do okręgowego rejestru

OŚWIADCZENIE

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

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

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

.....,
(nazwa podmiotu)

.....
data

.....
podpis

* - niepotrzebne skreślić