
Miejscowość, data



pieczęć lekarza przeprowadzającego
badania profilaktyczne

ZAŚWIADCZENIE

Stwierdzam, że Pan/Pani
Imię i nazwisko

posiadający tytuł zawodowy *lekarza *lekarza stomatologa urodzony w dniu

zamieszkały spełnia wymóg określony
w art. 5 ust. 1 pkt. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz.U. z 1997 r Nr 28,
poz. 152 z późn. zm.), tj. posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu *lekarza *lekarza
stomatologa.

podpis i pieczęć lekarza

* niepotrzebne skreślić