

Szczecin, dnia.....

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(nr prawa wykonywania zawodu)

.....  
(nr rejestru lekarza)

.....  
(adres do korespondencji)

.....  
(nr telefonu)

### **Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie**

Zwracam się z prośbą o wydanie mi nowego dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty” w związku z/ze :

- zniszczeniem oryginału seria ....., wydanego w dniu ..... przez OIL w .....
- zagubieniem oryginału seria ....., wydanego w dniu ..... przez OIL w .....
- zmianą nazwiska (dotyczy dokumentu PWZ wydanego w formie karty).  
Zobowiązuję się do zwrotu wcześniej wydanego dokumentu PWZ seria ....., wydany w dniu ..... przez OIL w .....

Jednocześnie oświadczam, że znana mi jest wysokość opłaty za wydanie dokumentu - 50 PLN, które zobowiązuję się uiścić przy odbiorze nowego dokumentu.

.....  
(podpis)