Miejscowość: Data: **Bydgoska Izba Lekarska**

Dane wnioskodawcy

Imię i nazwisko

Nr prawa wykonywania zawodu

Adres korespondencyjny

ulica, numer domu / lokalu

kod pocztowy, miejscowość

Numer telefonu

Adres e-mail

Wykonywany zawód ○ lekarz ○ lekarz dentysta

WNIOSEK

Zwracam się z prośbą o wydanie **zaświadczenia o braku zastrzeżeń do pełnienia funkcji**:

nazwa funkcji

w związku z zamiarem przystąpienia do konkursu na stanowisko:

○ kierownika ○ ordynatora

OŚWIADCZENIE

Świadomy/-a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że nie jestem karany/-a i nie toczy się przeciwko mnie postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności karnej.

Sposób odbioru zaświadczeń

○ odbiorę osobiście

○ proszę o wysłanie pocztą na adres korespondencyjny wskazany powyżej

.....

podpis wnioskodawcy