

Imię i Nazwisko

Data

.....

.....

Nr PWZ

.....

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż po wykreśleniu praktyki lekarskiej z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dokumentacja medyczna będzie przechowywana pod następującym adresem:

.....

.....

.....

.....

Data, podpis