WNIOSEK O WYDANIE LEGITYMACJI LEKARZA / LEKARZA DENTYSTY

Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi
93-005 Łódź
ul. Czerwona 3

Miejsce Złożenia Wniosku

Data złożenia wniosku *(dd-mm-rrrr)*

__ __ - __ __ - __ __ __ __

Dane wnioskodawcy *(prosimy wypełnić drukowanymi literami)*

Nazwisko	Imię

PESEL	Numer Telefonu Kontaktowego

Rejestr

☐ Lekarz ☐ Lekarz dentysta

.....
podpis wnioskodawcy

Wydanie dokumentu

Data wydania	Czytelny podpis odbiorcy
__ __ - __ __ - __ __ __ __	