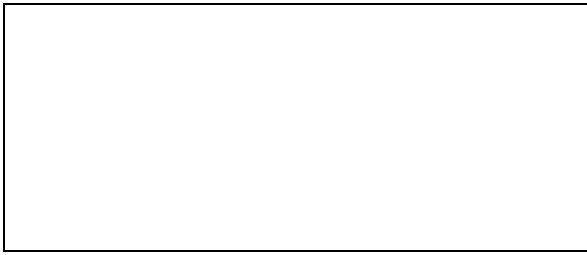


Miejscowość, data



pieczęć lekarza orzekającego z nr wpisu do rejestru lekarzy
przeprowadzających badania profilaktyczne

Z A Ś W I A D C Z E N I E

Stwierdzam, że Pan/Pani

.....
Imię i nazwisko

posiadający tytuł zawodowy *lekarza *lekarza dentysty urodzony/a w dniu

zamieszkały/a

spełnia wymóg określony w art. 5 ust. 1 pkt. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach
lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2002 r Nr 21, poz. 204, z późn. zm.), tj. posiada stan
zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu *lekarza *lekarza dentysty.

podpis i pieczęć lekarza

* niepotrzebne skreślić