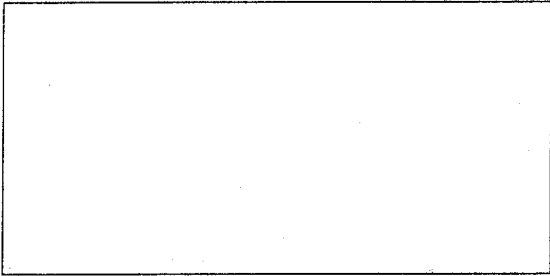


....., data.....  
miejsowość



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

## ZAŚWIADCZENIE

Stwierdzam, że Pani/ Pan.....  
(Imię i Nazwisko)

posiadająca/y tytuł zawodowy \* lekarza \*lekarza dentysty urodzona/y w  
dniu..... zamieszkała/y.....  
spełnia wymóg określony w art.5 ust.1 pkt.4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o  
zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2005r. Nr 226, poz. 1943 z późn.  
zm.), tj. posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu \* lekarza \*  
lekarza dentysty.

.....  
(podpis i pieczętka imienna lekarza )

\* niepotrzebne skreślić