

.....dn.....

(miejsowość)

.....

(imię i nazwisko)

.....

(adres)

## OŚWIADCZENIE

Nizej podpisany/(a) .....legitymujący/(a) się dowodem osobistym.....oświadczam, że:

posiadam 3000 godzin w wykonywaniu zawodu lekarza w:

- 1/ szpitalnym oddziale ratunkowym \*
- 2/ zespole ratownictwa medycznego \*
- 3/ lotniczym zespole ratownictwa medycznego \*
- 4/ izbie przyjęć szpitala .

\*niepotrzebne skreślić

.....