

.....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

.....