

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres

.....  
Numer prawa wykonywania zawodu

.....  
Numer wpisu do rejestru pielęgniarek i położnych

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że z dniem ..... zamierzam podjąć wykonywanie zawodu pielęgniarki/rza\*, położnej/ego\* na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, w ramach indywidualnej\*/grupowej\* praktyki pielęgniarskiej

.....,  
(numer księgi rejestrowej podmiotu leczniczego)

na podstawie umowy o pracę\*, umowy cywilnoprawnej\*, stosunku służbowego\*, jako wolontariat\* w.....

.....,  
(nazwa podmiotu)

Kielce, dn. ....

.....  
podpis

\* - niepotrzebne skreślić