

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że nie posiadam oraz że nie występowałem o przyznanie prawa wykonywania zawodu ani ograniczonego prawa wykonywania zawodu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Oświadczam również, że nie jestem karany ani że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie w przedmiocie odpowiedzialności karnej oraz że nie znam okoliczności, które mogłyby mieć wpływ na podjęcie i wykonywanie zawodu lekarza.

.....
(imię i nazwisko)

....., dnia

STATEMENT

I hereby declare that I do not hold a right to practice the profession of a physician in Poland nor have I ever applied for that right.

I also declare that I have not been convicted for any offence in a court of law, no penal proceedings are pending against me nor do I know of any matters which bring into question my good character.

.....
(name)

.....
(place and date)