………………………… Rzeszów, dn.…………

/**Nazwa Podmiotu Leczniczego/**

Adres:…………………

Telefon:………………..

Regon:…………………

**Oświadczenie**

Oświadczam, iż lekarz o nr prawa wykonywania zawodu .……….………………………,  
Pani/Pan ………………………………..…………,   
zamieszkały: ………….…………………………..,  
o nr PESEL: ………………………………………,

świadczy usługi w ramach ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….………………………………………………………………….., na podstawie umowy z tym podmiotem.

Oświadczenie zostało wydane jako załącznik do wniosku o uzyskanie uprawnienia do pobierania numerów recept.

.........................................................................................

/**podpis i pieczątka dyrektora/**