

RADA WARSZAWSKIEJ IZBY LEKARSKO-WETERYNARYJNEJ

WNIOSEK O WYKREŚLENIE Z REJESTRU CZŁONKÓW
WARSZAWSKIEJ IZBY LEKARSKO-WETERYNARYJNEJ
W ZWIĄZKU ZE ZRZECZENIEM SIĘ PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA WETERYNARII

DANE OSOBOWE WNIOSKODAWCY					
Nazwisko					
Imiona					
Numer prawa wykonywania zawodu lekarza weterynarii					

ADRES DO KORESPONDENCJI	
Ulica - nr domu- nr lokalu	Tel.
E-mail	
Miejscowość	Kod pocztowy

POWÓD WYKREŚLENIA
Oświadczam, że zrzekam się prawa wykonywania zawodu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej

MIJSCOWOŚĆ, DATA

PODPIS WNIOSKODAWCY