Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych
w Wałbrzychu

Nazwisko i imię (imiona):	
Numer Prawa Wykonywania Zawodu:	
Numer wpisu do okręgowego rejestru:	

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zrzekam się prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/rza*, położnej/ego*.

....

(Miejscowość, Data) (Podpis)

Pouczenie:
Posiadane zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu należy przekazać do okręgowej rady pielęgniarek i położnych.

Z chwilą złożenia oświadczenia traci się uprawnienia do wykonywania zawodu pielęgniarki / położnej na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.