

.....
(Imię i nazwisko)

Wałbrzych,

.....
.....
(adres zamieszkania)

Oświadczam, że:

dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą; znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1638).".

.....
data

.....
czytelny podpis