

NYILATKOZAT

Alulírott (név),(orvosi pecsétszám)
..... (anyja neve), (lakcím),
..... (szig. szám) jelen okirat aláírásával polgári és büntetőjogi felelősségem
tudatában kijelentem, hogy

[] praxisjoggal nem rendelkezem,

[] praxisjoggal rendelkezem, de a praxisjog elidegenítésére nyitva álló időtartam (6 hónap) alatt
gondoskodom a helyettesítésről.

Kelt:.....év.....hónap..... nap

.....
aláírás

Előttünk mint tanúk előtt:

Tanú (1)

Név:.....

.....
Aláírás

Lakcím:.....

Szig. szám:.....

Tanú (2)

Név:.....

.....
Aláírás

Lakcím:.....

Szig. szám:.....