



NYILATKOZAT

Alulírott (név),(orvosi pecsétszám)
..... (anyja neve), (lakcím),
..... (szig. szám) jelen okirat aláírásával polgári és büntetőjogi felelősségem tudatában kijelentem, hogy orvosi tevékenységemmel összefüggő jogszabálysértő magatartás miatt – az elmúlt 5 évben - nem marasztaltak el.

Kelt:.....év.....hónap..... nap

.....
aláírás

Előttünk mint tanúk előtt:

Tanú (1)

Név:.....

.....

Aláírás

Lakcím:.....

Szig. szám:.....

Tanú (2)

Név:.....

.....

Aláírás

Lakcím:.....

Szig. szám:.....