



## 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:.....