

Lublin, dnia.....

.....  
imię i nazwisko

.....  
numer prawa wykonywania zawodu

### Oświadczenie

Oświadczam, że jestem świadomy/a obowiązku zawarcia umowy obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art. 25 ust. 1 pkt 1. i ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (j.t. Dz. U. z 2023 r. poz. 991)

.....  
(podpis lekarza)