

.....

miejsowość, data

OŚWIADCZENIE O LICZBIE POSIADANYCH DZIECI

Ja niżej podpisana/y

imię nazwisko lekarza/lekarza dentysty

numer prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty

oświadczam , że wychowuję:

.....

imię i nazwisko dziecka

.....

imię i nazwisko dziecka

.....

imię i nazwisko dziecka

.....

imię i nazwisko dziecka

.....

podpis i pieczętka imienna lekarza