

.....

miejsowość, data

**OŚWIADCZENIE O SAMOTNYM WYCHOWYWANIU DZIECKA/DZIECI**

Ja

niżej

podpisana/y .....

imię nazwisko lekarza/lekarza dentysty

numer            prawa            wykonywania            zawodu            lekarza/lekarza  
dentysty .....

oświadczam , że samotnie wychowuję:

.....

imię i nazwisko dziecka

.....

imię i nazwisko dziecka

.....

imię i nazwisko dziecka

.....

imię i nazwisko dziecka

.....

podpis i pieczęćka imienna lekarza