

**WNIOSEK O WYDANIE DUPLIKATU DOKUMENTU
PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU**

.....
(imię i nazwisko)

.....
(nr prawa wykonywania zawodu)

.....
(adres)

**Okręgowa Izba Lekarska
w Białymstoku**

Uprzejmie proszę o wydanie duplikatu dokumentu prawo wykonywania zawodu lekarza/ lekarza
dentysty. Poprzedni dokument uległ zniszczeniu/ został zagubiony/inna przyczyna-

.....
.....
(miejsowość, data) (podpis)