

.....
imię i nazwisko

.....dnia.....

.....

.....

.....
adres i tel.

**Do Rady
Dolnośląskiej Izby
Lekarsko – Weterynaryjnej
we Wrocławiu**

Proszę o skreślenie z rejestru członków Dolnośląskiej Izby Lekarsko –
Weterynaryjnej we Wrocławiu z powodu

Oświadczam, że zrzekam się prawa wykonywania zawodu na terenie Rzeczypospolitej
Polskiej.

.....
podpis wnioskodawcy