За индивидуални и групови практики

ДЕКЛАРАЦИЯ

от

.....
(трите имена на лицето)

в качеството си на лекар по дентална медицина, оказващ извънболнична дентална помощ

в ……..……
(наименование на лечебното заведение – индивидуална или групова практика)

ДЕКЛАРИРАМ, че:

Не съм с отнети права да упражнявам дентална медицинска професия в Република България.

При промяна в обстоятелствата се задължавам в 7 – дневен срок от настъпване на промяната, да уведомя писмено РЗОК, като изпратя и копие от съответния документ.

Дата: **Декларатор:**

/име, фамилия, подпис, печат/