

.....
imię i nazwisko Wnioskodawcy

.....
miejsowość, data

.....
numer PWZFz/PESEL

.....
.....
.....

adres Wnioskodawcy
.....

adres mailowy Wnioskodawcy

Krajowa Izba Fizjoterapeutów
Plac Stanisława Małachowskiego 2
00-066 Warszawa

Na podstawie art. 26 pkt 2 ustawy o zawodzie fizjoterapeuty oświadczam, że z dniem zrzekam się prawa wykonywania zawodu fizjoterapeuty.

Do niniejszego oświadczenia dołączam dokument „prawo wykonywania zawodu fizjoterapeuty”, oznaczonego (seria i nr).

.....
podpis Wnioskodawcy