

.....
Imię i Nazwisko

Kraków: / /r.

.....
Adres

.....

Biuro Organizacyjne
Kolegium Zakładów Lecznictwa Otwartego
30-695 Kraków, ul. Schweitzera 7

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, iż nie prowadzę prywatnej praktyki lekarskiej i nie podpisałam/em umowy z MOW NFZ w Krakowie na wystawianie recept refundowanych.

.....

Czytelny podpis i pieczętka lekarza