Białystok, ……….…..….…….

data

………………………………….

imię i nazwisko

………………………………….

adres

………………………………….

tel.

**Podlaski Urząd Wojewódzki w Białymstoku**

**Wydział Polityki Społecznej**

**ul. Mickiewicza 3**

**15-213 Białystok**

Realizując obowiązek wynikający z art. 16j ust. 2j ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku
o zawodach lekarza i lekarza dentysty, przedkładam informację dotyczącą realizacji złożonego przeze mnie zobowiązania do wykonywania zawodu lekarza na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w podmiocie wykonującym działalność leczniczą, który udziela świadczeń opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

1. Okresy i miejsca realizacji zobowiązania:

- od dnia …………………… do dnia ……………………………

miejsce:………………………………………………………………………………

- od dnia …………………… do dnia ……………………………

miejsce:………………………………………………………………………………

1. Termin zakończenia realizacji zobowiązania: ………………………………………
2. Zamiar wykonywania zawodu lekarza poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej: …………………………………………………………………………………………..
3. Podmiot wykonujący działalność leczniczą, w którym realizowane jest zobowiązanie: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Uwaga: lekarz zobowiązany jest do poinformowania wojewody o każdorazowej zmianie podmiotu, w którym realizowane jest zobowiązanie**

……………………………………….

podpis