

.....  
( data )

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
( adres zamieszkania )

## **O Ś W I A D C Z E N I E**

Oświadczam, że zamierzam wykonywać zawód lekarza weterynarii  
na terenie działania Północno-Wschodniej Izby Lekarsko-Weterynaryjnej.

.....  
( podpis )