
imię i nazwisko

adres

O Ś W I A D C Z E N I E **o zrzeczeniu się prawa wykonywania zawodu**

Ja _____, niżej podpisany/a niniejszym
imię i nazwisko

oświadczam, że z dniem _____, w związku z zaprzestaniem wykonywania zawodu
data

zrzekam się prawa wykonywania zawodu.

miejsowość i data

podpis