

Imię i Nazwisko:

.....

Adres zamieszkania:

.....

.....

.....

Oświadczenie

Oświadczam, że zawarłam/zawarłem umowę ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej w zakresie określonym w art.25 ust.1 pkt.1 i ust.2 ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011r. zgodną z wymogami określonymi w przepisach wydanych na podstawie art.25 ust. 5 cytowanej ustawy

.....

Miejscowość i data

.....

Podpis