Kielce, dn.……….…..….………..

…………………………………………….

 imię i nazwisko

…………………………………………….

 Adres korespondencyjny

……………………………………………

 tel. / e-mail

**Wojewoda Świętokrzyski**

***za pośrednictwem***

**Wydziału Polityki Społecznej i Zdrowia**

**Świętokrzyski Urząd Wojewódzki w Kielcach**

**al. IX Wieków Kielc 3**

**25-516 Kielce**

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:………………………………………………………………………………….

wymiar czasu pracy ……………………………………………………………………..

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

miejsce :………………………………………………………………………………….

wymiar czasu pracy ……………………………………………………………………..

1. **Termin zakończenia realizacji zobowiązania**: …………………………
2. **Zamiar wykonywania zawodu lekarza poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej**: …………………………………………………………………………………………..
3. **Podmiot wykonujący działalność leczniczą, w którym realizowane jest zobowiązanie**: (*lekarz zobowiązany jest do poinformowania o każdorazowej zmianie podmiotu, w którym realizowane jest zobowiązanie*)…………………………………………

…………………………………………………………………………………………...

……………………………………….

czytelny podpis