

Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie
ul. gen. J. Zajęczka 5
42-200 Częstochowa

.....
Imię

.....
Nazwisko

.....
nr prawa wykonywania zawodu

WNIOSEK

Proszę o nadanie uprawnienia do tworzenia wniosków dotyczących zmian w

księdze rejestrowej nr

dla użytkownika (login)

posiadającego adres e-mail

.....
data i podpis