

\_\_\_\_\_  
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