

.....
Miejscowość, data

.....
.....
.....
Imię i nazwisko, adres zamieszkania

Oświadczenie technika farmaceutycznego

Oświadczam, że:

1. posiadam pełną zdolność do czynności prawnych
2. korzystam z pełni praw publicznych
3. władam językiem polskim w mowie i w piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu medycznego*.

Czytelny podpis

* Warunek uważa się za spełniony, jeżeli osoba uzyskała wykształcenie niezbędne do wykonywania zawodu medycznego po ukończeniu studiów prowadzonych w języku polskim lub uzyskała kwalifikacje po ukończeniu publicznej albo niepublicznej szkoły kształcącej w danym zawodzie medycznym w języku polskim albo uzyskała kwalifikacje do wykonywania danego zawodu medycznego w ramach kształcenia prowadzonego w języku polskim.