





.....  
imię i nazwisko

.....  
miejsowość i data

.....  
adres

**Rada Dolnośląskiej Izby  
Lekarsko-Weterynaryjnej  
ul. Sopocka 21/2  
50-344 Wrocław**

1. Uprzejmie proszę o wpisanie mnie do rejestru członków Dolnośląskiej Izby Lekarsko-Weterynaryjnej we Wrocławiu i przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza weterynarii
2. Oświadczam, że nigdy nie posiadałem/łam prawa wykonywania zawodu oraz zamierzam wykonywać zawód lekarza weterynarii na terenie Dolnośląskiej Izby Lekarsko-Weterynaryjnej - TAK \* / NIE \*

.....  
podpis

\*niepotrzebne skreślić

---

## OŚWIADCZENIE

.....  
Imię i nazwisko

....., dnia .....

Świadomy/a odpowiedzialności karnej na podstawie art. 233 § 1 Kodeksu Karnego - za składanie fałszywych zeznań i ukrywanie prawdy – oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych, a zatem spełniam określony w art. 2 ust. 2 pkt. 3 i 6 ustawy z dnia 21 grudnia 1990 r. o zawodzie lekarza weterynarii i izbach lekarsko-weterynaryjnych /tekst jednolity DzU z 2016 r., poz. 1479/ wymóg, niezbędny dla przyznania prawa wykonywania zawodu.

podpis