Miejscowość, data………………….

…………………………………..

…………………………………..

…………………………………..

……………………………………

(imię, nazwisko, adres zamieszkania, nr prawa wykonywania zawodu)

**Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w Łomży**

**ZAWIADOMIENIE O ROZPOCZĘCIU WYKONYWANIA ZAWODU W PODMIOCIE LECZNICZYM**

Niniejszym informuję, iż z dniem………………………………………… rozpoczynam wykonywanie zawodu jako pielęgniarka/położna\* w podmiocie leczniczym…………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………., w trybie art. 26b ust 1 ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej.

……………………………

/podpis pielęgniarki, położnej\* /

\*niepotrzebne skreślić