

## OŚWIADCZENIE

Ja, niżej podpisany/a ..... (*imię i nazwisko*) oświadczam, iż prowadzę własną działalność gospodarczą w zakresie fizjoterapii i realizuję świadczenia zdrowotne na podstawie zleceń lekarskich, w tym lekarza ..... podstawowej ..... opieki ..... zdrowotnej w ..... (*miejsce pracy*).

.....

(Miejscowość, data)

.....

(Czytelny podpis)