

Čestné prehlásenie o pravdivosti údajov

Podpísaný/á, narodený/á dňa,

bytom,

týmto čestne prehlasujem,

že, som nevykonával/a prax zubného lekára od do..... a, že počas

roka nebudem vykonávať zdravotnícke povolania viac ako 6 mesiacov.

Som si vedomý/á toho, že pokiaľ by mnou uvedené informácie neboli pravdivé alebo závažným spôsobom zamlčané, budem čeliť všetkým z toho vyplývajúcim právnym následkom.

V dňa

.....

.....