

**Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych
w Koszalinie, ul. Zwycięstwa 190
75-950 Koszalin**

**Oświadczenie pielęgniarki/ położnej o kontynuacji wykonywania zawodu
pielęgniarki/położnej lub zaprzestaniu wykonywania zawodu.**

Imię i nazwisko:.....

Nr pesel

Nr PWZ.....

Pielęgniarka/Pielęgniarz /Położna/Położny *

- 1. Oświadczam, że przeszłam/przeszedłem na emeryturę i nie wykonuję
zawodu pielęgniarki/położnej. ***

.....

Data i podpis

- 2. Oświadczam, że przeszłam/przeszedłem na emeryturę i kontynuuję
wykonywanie zawodu w formie w:**

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

na stanowisku pielęgniarki/położnej. *

.....

Data i podpis

***Zaznaczyć właściwe, niepotrzebne skreślić**