

**Wniosek
o skreślenie z rejestru lekarzy
przeprowadzających badania profilaktyczne**

Zwracam się z prośbą o wykreślenie

(imię i nazwisko)

..... data urodzenia

z rejestru lekarzy przeprowadzających badania profilaktyczne, prowadzonego przez
Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy w Katowicach, przy ul. Warszawskiej 42.

.....
(miejsowość, data)

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy lub osoby upoważnionej)