

..... nazwisko i imię lekarza	 miejscowość, data
..... nr telefonu	
..... adres email	
..... adres zamieszkania	
Nr dyplomu lekarza.....	
Nr prawa wykonywania zawodu	
..... Dokładna nazwa placówki kierującej	

Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o.
w Kartuzach

Podanie o wyrażenie zgody na odbycie stażu kierunkowego

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie stażu kierunkowego w zakresie:

.....
w ramach specjalizacji z

w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Kartuzach, ul. F. Ceynowy 7

ww okresie.....
(oddział) (termin odbywania stażu)

.....
(podpis lekarza)

Okres realizacji stażu kierunkowego zaakceptowany przez Kierownika Oddziału:

.....
(podpis Kierownika Oddziału)

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*

.....
Podpis Prezesa Zarządu

* niepotrzebne skreślić