

Część A

Wniosek lekarza zatrudnionego w innym podmiocie o wyrażenie zgody na odbywanie stażu kierunkowego.

.....
Imię i Nazwisko

Warszawa, dnia

.....
Numer PWZ

.....
Numer telefonu

**Dyrektor
Samodzielnego Zespołu
Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego
Warszawa Praga Południe
ul. Krypska 39
04-082 Warszawa**

W związku z realizowaną specjalizacją w dziedzinie Pediatrii zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbywanie stażu kierunkowego w Podstawowej Opiece Zdrowotnej sprawującej opiekę nad dziećmi w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa Praga Południe ul. Krypska 39

w terminie :
(termin odbywania stażu)

.....
Podpis i pieczęć lekarza

Część B

Akceptuję odbywanie stażu w ZLO ul.

na Opiekuna stażu wyznaczam :
(imię i nazwisko lekarza- opiekuna stażu)

.....
(data i podpis Kierownika ZLO)

.....
data, podpis i pieczęć Zastępcy Dyrektora Ds. Lecznictwa)

WYRAŻAM ZGODĘ

.....
(data , podpis i pieczęć Dyrektora)