

Część A

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

Warszawa, dnia

.....
Imię i Nazwisko

.....
Miejsce odbywania specjalizacji

.....
Numer telefonu / adres e-mail

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

Proszę o wyrażenie zgody na odbywanie stażu kierunkowego w Podstawowej Opiece Zdrowotnej sprawującej opiekę nad dziećmi w S Z P Z L O Warszawa Praga Południe

w terminie

.....
Podpis i pieczęć lekarza

Część B

Akceptuję odbywanie stażu w ZLO ul.,

w terminie.....

Na Opiekuna stażu wyznaczam:

.....
(podpis i pieczęć Zastępcy Dyrektora Ds. Lecznictwa)

WYRAŻAM ZGODĘ

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