



Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej
im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym
ul. Marii Konopnickiej 65, 05-092 Dziekanów Leśny

SKIEROWANIE NA STAŻ

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie stażu w Samodzielnym Zespole Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym w:

.....
(nazwa komórki organizacyjnej Szpitala, w której będzie odbywany staż)

Imię i nazwisko lekarza:

nr PWZ:

w terminie od do

1. Staż kierunkowy z w ramach specjalizacji w dziedzinie*:

.....

2. Staż cząstkowy/personalizowany* w ramach stażu podyplomowego z :

.....

.....
podpis Kierownika Specjalizacji

.....
podpis Kierownika Jednostki Kierującej

Wyrażam zgodę na odbywanie stażu ww. terminie.

.....
podpis Kierownika Komórki Organizacyjnej

SZPZOZ im. Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym