

....., dnia.....

.....
imię i nazwisko

.....
nazwa i adres jednostki kierującej na staż

Numer PWZ

Numer telefonu

Szanowny Pan

Piotr Wroński

Zastępca Dyrektora ds. medycznych

Szpital Specjalistyczny

im. J. K. Łukowicza w Chojnicach

WNIOSEK O STAŻ KIERUNKOWY

W związku z realizowaną specjalizacją w dziedzinie
zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbywanie w Szpitalu Specjalistycznym im. J. K. Łukowicza
w Chojnicach stażu kierunkowego w zakresie:

.....
(zakres stażu kierunkowego)

W
(nazwa komórki organizacyjnej szpitala, w której będzie realizowany staż)

w okresie od dnia do dnia
(termin odbywania stażu)

.....
(podpis osoby składającej wniosek)

Wyrażam zgodę

.....
(podpis lekarza kierującego oddziałem)

☐ **zgoda**

☐ **brak zgody**

.....
Z-ca Dyrektora ds. medycznych