

Jastrzębie-Zdrój, dnia

Wniosek
osoby zatrudnionej w innym podmiocie
o wyrażenie zgody na odbywanie stażu kierunkowego do specjalizacji
w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju

Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala
Specjalistycznego Nr 2
w Jastrzębiu-Zdroju
Al. Jana Pawła II 7
44-335 Jastrzębie-Zdrój

Część A

W związku z realizowaną specjalizacją w dziedzinie
zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie stażu kierunkowego w zakresie
.....
W

(nazwa komórki organizacyjnej w Wojewódzkim Szpitalu Specjalistycznym Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju)

w okresie
(termin odbywania stażu)

.....
(podpis i pieczęć lekarza ubiegającego się o staż)

Część B

Akceptuję termin stażu, wyznaczając jednocześnie na kierownika stażu:

.....
(imię i nazwisko wyznaczonego kierownika stażu)

.....
(data, podpis i pieczęć osoby kierującej komórką organizacyjną Szpitala prowadzącą staż)

WYRAŻAM ZGODĘ

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