

Zgoda ośrodka na odbycie stażu (tylko w przypadku wyjazdu indywidualnego)

Imię:

Nazwisko:

PESEL:

Nazwa jednostki odbywania stażu:

Adres:

Dane kontaktowe:

Okres wyjazdu:

Wyrażam zgodę na odbycie stażu zawodowego.

Podpis
kierownika/ordynatora/
lekarza/lekarza dentystę kierującego
oddziałem/kliniką/ośrodkiem

podpis wnioskodawcy

Consent form for the internship (only in case of an individual internship)

First name:

Family name:

Polish ID numer WESEL):

Name of the Center of internship:

Address:

Contact details:

internship period:

I agree to the internship.

signature of the person in charge/ordynator/
doctor/dentist in charge
department/clinic/center

applicant's signature