WNIOSEK NALEŻY WYPEŁNIĆ CZYTELNIE (DRUKOWANYMI LITERAMI)

Miejscowość, dnia ……

..…….

(imię i nazwisko)

……

(e-mail)

……..

(nr telefonu)

DOLNOŚLĄSKA IZBA LEKARSKA WE WROCŁAWIU

UL. KAZIMIERZA WIELKIEGO 45

50-077 WROCŁAW

Wniosek

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na rozpoczęcie stażu podyplomowego poza terminem ustawowym, czyli w innym terminie niż określony w art.15 ust.8 ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn. Dz. U. z 2026 r. poz. 37 ze zmianami)

Staż podyplomowy chciałbym/chciałabym* realizować w podmiocie leczniczym:

……

……

……

…….

w załączeniu:

- zgoda podmiotu leczniczego na rozpoczęcie stażu podyplomowego w innym terminie

……

podpis lekarza