

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

.....
(imię i nazwisko)

.....
(NPWZ)

.....
(miejsce zatrudnienia)

.....
(numer telefonu)

**Dyrektor
Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2
w Jastrzębiu-Zdroju
Aleja 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 Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2 w Jastrzębiu-Zdroju)

w okresie
(termin odbywania stażu)

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

Część B

Akceptuję termin stażu, na kierownika stażu wyznaczam:

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

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

WYRAŻAM ZGODĘ

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