**Załącznik nr 5** do Regulaminu organizacji i odbywania w Płockim Zakładzie Opieki Zdrowotnej Sp. z o.o. z siedzibą w Płocku staży kierunkowych do specjalizacji przez lekarzy zatrudnionych w innych podmiotach leczniczych

……………………………………………. ………………………………………….

*(Pieczęć Podmiotu Kierującego) (Miejscowość, data )*

**SKIEROWANIE DO PŁOCKIEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ SP. Z O.O.
Z SIEDZIBĄ W PŁOCKU**

na staż kierunkowy z dziedziny ……………………………………………. realizowany w ramach specjalizacji z ……………………………………………..………… zgodnie z programem specjalizacji.

Proszę o przyjęcie lekarza

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… *(czytelnie: imię i nazwisko, adres zamieszkania, nr telefonu, e-mail)*

na ww. staż kierunkowy w terminie …………………………………………….

…………………………………………………….. ………………………………………………

 *(pieczęć i podpis Kierownika Specjalizacj) (pieczęć i podpis Kierownika Podmiotu Kierującego)*