**Załącznik nr 4** 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

**WNIOSEK PODMIOTU KIERUJACEGO O WYRAŻENIE ZGODY NA ODBYCIE PRZEZ LEKARZY W PŁOCKIM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ SP. Z O.O. Z SIEDZIBĄ   
W PŁOCKU STAŻY KIERUNKOWYCH DO SPECJALIZACJI**

…………………………………………………………..

*(nazwa Podmiotu Kierującego)*

…………………………………………………..……....

*(nazwa jednostki/komórki organizacyjnej,   
 w której staż ma się odbyć)*

W związku z realizowaną specjalizacją w dziedzinie ………………………………………………………

zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie staży kierunkowych w zakresie

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

w okresie od ………………………………. do……………………………. przez lekarzy odbywających specjalizację …………………………………………………. w Podmiocie Kierującym (przewidywana liczba lekarzy ……………………………………………).

………………………………………………………

*(podpis dyrektora Podmiotu Kierującego)*

**Wyrażam zgodę**

……………………………………………………………………

*(data i podpis data i podpis Członka Zarządu bądź osoby przez niego upoważnionej)*