**Załącznik nr 3** 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 OSOBY ODBYWAJACEJ SPECJALIZACJĘ W INNYM PODMIOCIE**

**O WYRAŻENIE ZGODY NA ODBYCIE W PŁOCKIM ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ   
SP. Z O.O. Z SIEDZIBĄ W PŁOCKU STAŻU KIERUNKOWEGO DO SPECJALIZACJI**

……………………………………………………………

(imię i nazwisko lekarza)

………………………………………………………...…

(nazwa podmiotu)

# …………………………………………………………

(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 stażu kierunkowego w zakresie ....................................  
………………………….. w …………………………………………………………… *(nazwa jednostki/komórki organizacyjnej)* w okresie …………………………………………………………… *(termin odbywania stażu).*

………………………………………………………………………………………

*(data i czytelny podpis lekarza ubiegającego się o staż)*

**Akceptuję,** na Kierownika stażu kierunkowego (cząstkowego) wyznaczam:

……………………………………………..……………………………………..

*(imię i nazwisko wyznaczonego lekarza - kierownika stażu)*

………………………………………………………………………………

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