**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)*