

.....
(nazwisko i imię)

Elbląg, dnia

.....
(adres zamieszkania)

.....
(numer telefonu)

Dyrekcja
Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu
ul. Królewiecka 146, 82-300 Elbląg

P O D A N I E

Zwracam się z prośbą o umożliwienie odbycia **stażu kierunkowego** w Wojewódzkim Szpitalu Zespołowym w Elblągu.

Jestem lekarzem specjalizującym się w specjalności

W
(jednostka specjalizująca)

w terminie od do, numer karty szkolenia specjalizującego

wydanej przez:

Staż kierunkowy chciałbym / chciałabym odbywać w:

1. w terminie w ilości tygodni
(nazwa działu / oddziału / zakładu) (dokładny termin)

2. w terminie w ilości tygodni
(nazwa działu / oddziału / zakładu) (dokładny termin)

Oświadczam, że zobowiązuję się do sumiennego wykonywania obowiązków powierzonych przez opiekuna stażu, w tym do prowadzenia dokumentacji medycznej (zarówno w formie papierowej, jak i elektronicznej) wewnętrznej i zewnętrznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz wewnętrznymi zarządzeniami Dyrektora Naczelnego Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Elblągu.

.....
(podpis)

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody na odbycie stażu

.....
(podpis Dyrektora)

Potwierdzenie miejsca i terminu stażu:

.....
(podpis Ordynatora/Koordynatora)

Rodzaj zawartej umowy:

- ☐ z lekarzem
☐ z inną jednostką