*Pieczęć Kierującego* …………..…….…………..

*(Miejscowość, data)*

**SKIEROWANIE**

do

………………………………………………………….
……………………………………………………………
………………………………………………………………………
*(nazwa, adres Zakładu Głównego oraz Komórki Organizacyjnej)*

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

Proszę o przyjęcie lekarza ………………………………………………………………………………………………………………..…………

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

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….
*( imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu)*

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

………………………………………………………… ……………………………………………………………
*(Pieczęć i podpis Kierownika Specjalizacji) (Pieczęć i podpis Kierownika Zakładu Kierującego
 lub osoby upoważnionej)*