

.....

(imię i nazwisko)

Krosno,

.....

(adres)

.....

(telefon)

Dyrekcja
Wojewódzkiego Szpitala Podkarpackiego
im. Jana Pawła II w Krośnie

P O D A N I E

Zwracam się z prośbą o umożliwienie odbycia **stażu kierunkowego** w Wojewódzkim Szpitalu Podkarpackim im. Jana Pawła II w Krośnie.

Szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie

odbywam w

(nazwa jednostki prowadzącej specjalizację)

Staż kierunkowy z zakresu
chciałbym / chciałabym odbyć w:

1.
(nazwa oddziału / zakładu / pracowni)

w terminie w ilości tygodni

2.
(nazwa oddziału / zakładu / pracowni)

w terminie w ilości tygodni

.....
(podpis lekarza)

wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody

.....
(podpis Dyrektora)