

Warszawa, dnia

.....
Imię i nazwisko

.....
Tel.

.....
e-mail

Dyrektor
Departamentu Wojskowej Służby Zdrowia
dr Aurelia Ostrowska

al. Niepodległości 218
00-911 Warszawa

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na możliwość zmiany trybu odbywania szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie.....
z trybu.....
na tryb.....
Decyzja ta spowodowana jest tym, iż.....

Załącznik – zaświadczenie o zatrudnieniu / pełnieniu służby w Wojskowym Instytucie Medycznym Państwowym Instytucie Badawczym

Opinia:

.....
podpis wnioskującego

.....
podpis i pieczęć Kierownika Specjalizacji

Opinia:

Opinia:

.....
podpis i pieczęć Kierownika Kliniki

.....
podpis i pieczęć kierownika jednostki organizacyjnej prowadzącej szkolenie specjalizacyjne