

.....
(pieczęć nagłówkowa Kliniki, Zakładu/Oddziału
w którym lekarz pełnił dyżury medyczne)

ZESTAWIENIE

pełnionych dyżurów medycznych w czasie realizacji stażu kierunkowego w zakresie.....

do specjalizacji w dziedzinie

.....
(nazwa miesiąca)

L.p.	Imię	Nazwisko	Nr PESEL	Data pełnienia dyżuru medycznego	Godziny pełnienia dyżuru medycznego

.....
(podpis i pieczęć kierownika stażu kierunkowego)