

Warszawa, dnia

Imię i nazwisko

Miejsce odbywania specjalizacji

Stanowisko

tel.

**WNIOSEK O ODDELEGOWANIE NA STAŻ KIERUNKOWY
Z ZAKRESU**

Miejsce realizacji stażu kierunkowego (Klinika/Oddział/ Zakład):

Dokładny termin stażu:

Dziedzina specjalizacji:

.....
(podpis i pieczętka zainteresowanego)

.....
(podpis i pieczętka Kierownika Specjalizacji)

.....
(podpis i pieczętka Kierownika Kliniki,
w której realizowane jest szkolenie specjalizacyjne)

.....
(podpis i pieczętka Kierownika Kliniki
przyjmującego na staż kierunkowy)

Zgoda Zastępcy Dyrektora ds. Naukowych
Wojskowego Instytutu Medycznego Państwowego Instytutu Badawczego:

.....

.....
(podpis i pieczętka Dyrektora
Wojskowego Instytutu Medycznego
Państwowego Instytutu Badawczego)