

**DANE DO WYSTAWIENIA  
DUPLIKATU KARTY SPECJALIZACYJNEJ**

**W ZAKRESIE .....**

1. Stop. imię i nazwisko, imię ojca.....
2. Data i miejsce urodzenia.....
3. Miejsce zamieszkania, kod pocztowy.....  
.....
4. Numer PESEL.....
5. Telefon kontaktowy.....
6. Przydział służbowy.....
7. Data rozpoczęcia służby wojskowej.....
8. Stopień naukowy.....
9. Nazwa, data i nr dyplomu.....  
wydanego przez.....
10. Data i numer prawa wykonywania zawodu lekarza/ lekarza stomatologa  
.....  
wydanego przez.....
11. Posiadane specjalizacje (nazwa, stopień, nr rejestracyjny dyplomu, data uzyskania)  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....
12. Miejsce odbywania specjalizacji.....
13. Data rozpoczęcia specjalizacji.....
14. Stop. imię i nazwisko kierownika specjalizacji.....  
.....

.....  
(podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

.....  
(podpis i pieczętka wnioskującego)