Załącznik nr 3 do Zarządzenia
nr 27 z dnia 11.09.2017 r.

Korfantów, dnia… …… 20…r.

Kierownik Specjalizacji:

…… ……
(imię i nazwisko oraz tytuł naukowy)

tel……..
Nr dyplomu lekarza……
Nr prawa wykonywania zawodu
……..

Stażysta:

…… ……
(imię i nazwisko)

Opolskie Centrum Rehabilitacji
w Korfantowie sp. z o.o
ul. Wyzwolenia 11
48-317 Korfantów

Zgoda Kierownika specjalizacji na odbycie stażu specjalizacyjnego/kierunkowego

Niniejszym wyrażam zgodę na odbycie przez……..stażu specjalizacyjnego/kursu kierunkowego z zakresu .....
na…….

(nazwa komórki działalności leczniczej)

…… ……
(podpis)