

.....
(Pieczęć Podmiotu Kierującego)

.....
(Miejscowość, data)

SKIEROWANIE

DO

7 SZPITALA MARYNARKI WOJENNEJ Z PRZYCHODNIĄ SP ZOZ W GDAŃSKU

Na staż kierunkowy z dziedzinyrealizowany w ramach
specjalizacji z zgodnie z programem specjalizacji.

Proszę o przyjęcie lekarza

(czytelnie: imię i nazwisko)

na ww. staż kierunkowy w terminie

.....
(pieczęć i podpis Kierownika Podmiotu Kierującego)

.....
(zgoda Ordynatora Oddziału/Lekarza Kierującego Oddziałem)