

## Karta szkolenia stażysty

Nazwa komórki organizacyjnej, w której będzie odbywany staż: Oddział Psychiatryczny

Kierownik komórki organizacyjnej .....

### Dane osobowe stażysty:

Imię i nazwisko .....

Miejsce zamieszkania.....

.....tel:.....

e-mail. ....

### Nazwa i adres jednostki prowadzącej staż

**7 Szpital Marynarki Wojennej z Przychodnią Samodzielny Publiczny Zakład Opieki  
Zdrowotnej imienia kontradmirała profesora Wiesława Łasińskiego w Gdańsku,  
80 – 305 Gdańsk, ulica Polanki 117, NIP 5842334017, numer REGON: 190594957.**

Okres stażu od dnia ..... do dnia.....

Ilość dni stażu.....(słownie: .....)

Stawka opłaty: .....

Kwota opłaty za staż ..... zł (słownie  
złotych: .....  
.....)

Dane do przelewu: 7 Szpital Marynarki Wojennej z Przychodnią SP ZOZ w Gdańsku,  
nr konta Szpitala 98 1130 1121 0006 5459 7220 0009.

Tytuł opłaty: imię nazwisko stażysty, opłata za staż psychoterapeutyczny.

Imię i nazwisko Opiekuna

stażu: .....

.....

.....  
(podpis Stażysty)

.....  
(podpis i pieczętka Opiekuna)

.....  
(podpis i pieczętka Kierownika komórki org.)

