

.....
.....
.....
.....

Katowice, dnia

Dyrektor Wojewódzkiego
Ośrodka Medycyny Pracy
w Katowicach

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie lekarskiego stażu kierunkowego do specjalizacji w medycynie pracy/chorób płuc w zakresie:

.....
/rodzaj i zakres stażu kierunkowego/

w
/nazwa poradni/dział jednostki/

Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy w Katowicach

w okresie.....
/termin odbywania stażu/

.....
podpis lekarza ubiegającego się o staż

Przyjmujący

Akceptacja

Akceptacja

.....
podpis Kierownika
stażu/specjalizacji

.....
podpis Kierownika DKD/DNSZ

.....
podpis Dyrektora