

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_ r.

\_\_\_\_\_  
*imię i nazwisko*

\_\_\_\_\_  
*jednostka szkoląca*

\_\_\_\_\_  
*tel.*

\_\_\_\_\_  
*numer prawa wykonywania zawodu*

Pan

**Leszek Kliś**

**Dyrektor**

SPSK im. prof. W. Orłowskiego CMKP

ul. Czerniakowska 231

00-416 Warszawa

Szanowny Panie Dyrektorze,

zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie mnie na staż cząstkowy w ramach stażu podyplomowego:

w zakresie: \_\_\_\_\_,

termin: \_\_\_\_\_,

komórka organizacyjna SPSK im. prof. W. Orłowskiego CMKP, w której staż ma być odbyty:

\_\_\_\_\_.

Z wyrazami szacunku,

\_\_\_\_\_  
*czytelny podpis i/lub pieczętka*

*lekarza stażysty*

\_\_\_\_\_  
*podpis i pieczętka*

*Koordynatora stażu Kierującego*

\_\_\_\_\_  
*podpis i pieczętka*

*Koordynatora stażu SPSK im. prof. W. Orłowskiego CMKP*

\_\_\_\_\_  
*podpis i pieczętka*

*Kierownika komórki organizacyjnej*

*SPSK im. prof. W. Orłowskiego CMKP, w której staż będzie realizowany*

\_\_\_\_\_  
*Akceptacja Dyrektora*

*SPSK im. prof. W. Orłowskiego CMKP*