

\_\_\_\_\_, 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 kierunkowy:

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

do specjalizacji z \_\_\_\_\_,

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

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

\_\_\_\_\_.

Z wyrazami szacunku,

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

*lekarza rezydenta*

\_\_\_\_\_  
*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*