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

 miejscowość, data

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

nazwa jednostki
..............................................................

dane adresowe jednostki

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

telefon, e-mail

 **Komisja ds. Kształcenia Medycznego**

 **Okręgowej Rady Lekarskiej**

 **Wielkopolskiej Izby Lekarskiej**

**Podanie o wpis na listę jednostek uprawnionych do prowadzenia staży podyplomowych lekarzy dentystów**

Ja niżej podpisana/y zwracam się z prośbą o wpisanie:

…………………………………………………………….

nazwa jednostki

na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia staży podyplomowych lekarzy dentystów.

**W jednostce możliwe do odbycia są następujące staże cząstkowe:**

* Stomatologia zachowawcza
* Stomatologia dziecięca
* Chirurgia stomatologiczna
* Protetyka stomatologiczna
* Periodontologia
* Ortodoncja

**Opiekunem stażysty(ów) będzie:**

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

tytuł zawodowy, imię i nazwisko, specjalizacja jeśli posiada

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

 pieczątka i podpis kierownika jednostki

Oświadczam, że zapoznałam / zapoznałem się z „Klauzulą informacyjną”, opublikowaną na stronie internetowej Wielkopolskiej Izby lekarskiej (zakładka: kontakt) i przyjmuję do wiadomości jej treść.

................................................................. czytelny podpis i data

Rozpatrzono pozytywnie na posiedzeniu Komisji ds. Kształcenia Medycznego Okręgowej Rady Lekarskiej Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w dniu ..……….………………………………………..

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

 pieczęć i podpis

 Przewodniczącego

 Komisji ds. Kształcenia Medycznego ORL WIL