

**PROMESA ZAWARCIA UMOWY CYWILNO-PRAWNEJ
W CELU I NA OKRES REALIZACJI STAŻU PODDYPLOMOWEGO
LEKARZA / LEKARZA DENTYSTY***

Niniejszym WYRAŻAM ZGODĘ na zawarcie umowy cywilno-prawnej w celu i na okres realizacji stażu podyplomowego lekarza / lekarza dentystry*, **od dnia** zgodnie z programem stażu podyplomowego określonym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012r. *w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry* (Dz. U. 2014, poz. 474 ze zm.), w przypadku skierowania do odbycia stażu podyplomowego

Pani/ Pana
(imię i nazwisko)

obywatela

w podmiocie uprawnionym do podpisania umowy o pracę z lekarzem stażystą, wpisanym na listę Marszałka Województwa Wielkopolskiego, tj.:

.....
(nazwa podmiotu uprawnionego do podpisania umowy o pracę z lekarzem stażystą, wpisanym na listę Marszałka Województwa Wielkopolskiego)

.....
(adres podmiotu)

.....
(data, podpis dyrektora podmiotu/ kierownika podmiotu / lekarza dentystry prowadzącego praktykę , pieczęć zakładu leczniczego)