.................................................................... ......................................... d*n.*, .....................

*imię i nazwisko*

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

*adres zamieszkania*

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

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

*telefon kontaktowy, e-mail*

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

*pesel*

Podanie do Okręgowej Rady Lekarskiej w Zielonej Górze

 Proszę o skierowanie na staż dyplomowy od dnia ............................................................... do:

1. ..........................................................................................................................................………….
2. ..........................................................................................................................................………….

1. ..........................................................................................................................................………….

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

*podpis*