......................................... dn., .....................

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

*imię i nazwisko*

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

*adres zamieszkania*

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

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

*telefon kontaktowy, e-mail*

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

*pesel*

Podanie do Okręgowej Rady Lekarskiej w Zielonej Górze

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

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

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

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

*podpis*