

Data

.....

Pieczętka jednostki kierującej

SKIEROWANIE
DO SPECJALISTYCZNEGO PSYCHIATRYCZNEGO ZESPOŁU OPIEKI
ZDROWOTNEJ W ŁODZI

Proszę o przyjęcie lekarza

.....

(imię i nazwisko)

PESEL *

Na staż cząstkowy/kierunkowy w zakresie

realizowany w ramach porozumienia/umowy nr z dnia.....

.....

Pieczęć i podpis
Kierownika specjalizacji i Dyrektora

(*) Nr PESEL używany jest do identyfikacji osoby na podstawie okazanego dowodu osobistego, w przypadku braku nr PESEL należy wpisać oznaczenie dokumentu ze zdjęciem potwierdzającego tożsamość lekarza..