

Załącznik nr 5  
do Regulaminu odbywania w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym staży kierunkowych do specjalizacji  
przez lekarzy/lekarzy dentystów zatrudnionych w innych podmiotach leczniczych

Załącznik nr 2 do Umowy

.....  
(pieczęć Pomiotu Kierującego)

.....  
(miejsowość, data)

**SKIEROWANIE  
DO UNIWERSYTECKIEGO CENTRUM KLINICZNEGO**

Na staż kierunkowy z dziedziny .....realizowany w ramach  
specjalizacji z ..... zgodnie z programem specjalizacji.

Proszę o przyjęcie lekarza .....  
(czytelnie: imię i nazwisko, adres zamieszkania, nr telefonu, e-mail)

.....  
.....  
na ww. staż kierunkowy w terminie .....

zgodnie z zawarta umową.

.....  
(pieczęć i podpis Kierownika Specjalizacji)

.....  
(pieczęć i podpis Dyrektora/Prezesa Zarządu Kierującego)