

Zielona Góra, dnia

Nazwa podmiotu

Oświadczenie

Niniejszym potwierdzam spełnienie warunków do prowadzenia stażu podyplomowego lekarzy, lekarzy dentystów określonych w § 5 i w § 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2014 r. poz. 474 z późn. zm.).

Pieczętka i podpis
Kierownika podmiotu