

Zielona Góra, dn. ....

**Marszałek Województwa Lubuskiego**  
**ul. Podgórna 7**  
**65-057 Zielona Góra**

## WNIOSEK

o wpis na listę Marszałka Województwa Lubuskiego  
zakładów opieki zdrowotnej, indywidualnych praktyk lekarskich oraz indywidualnych specjalistycznych praktyk  
lekarskich uprawnionych do prowadzenia staży podyplomowych oraz częściowych staży podyplomowych  
dla lekarzy i lekarzy dentyistów zgodnie z art. 15 ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r.  
o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2019 r. poz.537 z późn. zm.)

**Nazwa, adres, NIP, REGON** (pieczęć podmiotu):

**Nr telefonu / fax, e-mail:** .....

**Rodzaj stażu:** dla lekarza medycyny

**Liczba miejsc stażowych:** dla lekarza medycyny: .....

| Lp. | Nazwa stażu częściowego*            | Miejsce wykonywania stażu | Nazwa części stażu częściowego | Miejsce wykonywania części stażu częściowego** |
|-----|-------------------------------------|---------------------------|--------------------------------|--|
| 1   | Choroby wewnętrzne                  |                           |                                |  |
| 2   | Pediatria                           |                           |                                |  |
| 3   | Chirurgia ogólna                    |                           |                                |  |
| 4   | Położnictwo i ginekologia           |                           |                                |  |
| 5   | Anestezjologia i intensywna terapia |                           |                                |  |
| 6   | Medycyna ratunkowa                  |                           |                                |  |
| 7   | Psychiatria                         |                           |                                |  |
| 8   | Medycyna rodzinna                   |                           |                                |  |

\*zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2014 r., poz. 474 z późn. zm.)

\*\* w przypadku braku możliwości realizacji którejś z części ramowego programu stażu w danym podmiocie, do Wniosku należy dołączyć kopię umowy zawartej z innym podmiotem, do którego będzie oddelegowany stażysta w celu jego odbycia, zgodnie z § 5 ww. Rozporządzenia Ministra Zdrowia

### Wymagane załączniki:

1) Oświadczenie o spełnianiu wymogów określonych w § 5 i § 6 Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2014 r., poz. 474 z późn. zm.).

2) Uchwała Okręgowej Izby Lekarskiej w sprawie rekomendacji podmiotu do wpisu na listę Marszałka Województwa Lubuskiego zakładów opieki zdrowotnej, indywidualnych praktyk lekarskich oraz indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich uprawnionych do prowadzenia staży podyplomowych oraz częściowych staży podyplomowych dla lekarzy i lekarzy dentyistów zgodnie z art. 15 ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2019 r., poz. 537 z późn. zm.)

**Podpis i pieczęć**  
**Kierownika podmiotu**