Załącznik Nr 1

Zielona Góra, dnia ………………………….

Nazwa podmiotu

**Oświadczenie**

Niniejszym potwierdzam spełnienie warunków do prowadzenia stażu podyplomowego lekarzy, lekarzy dentystów określonych w § 15 c w § 15 e ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2022 r. poz. 1731 z późn. zm.).

Pieczątka i podpis

Kierownika podmiotu