

WNIOSEK
O PRYZNANIE STAŻU PODYPLOMOWEGO
na terenie działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Częstochowie

1. Nazwisko

2. Imiona.....

3. Stały adres zamieszkania

.....

.....

4. Nr telefonu

5. Data urodzenia Miejsce.....

6. Zaświadczenie o ukończeniu studiów z dnia.....

wydane przez

7. Średnia ocen z okresu studiów z dnia.....

8. Preferowane placówki z listy uprawnionych:

a)

b)

c)

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym.

Podpis

..... Miejscowość, data