**WNIOSEK**

**o wpis na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia staży podyplomowych lekarzy i lekarzy dentystów w województwie warmińsko-mazurskim zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2014 r., poz. 474) oraz ustawą z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2015 r., poz. 464 z późn. zm.)**

Pełna nazwa podmiotu, dokładny adres, telefon:………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko oraz kwalifikacje zawodowe ( staż pracy lub specjalizacja) opiekunów

stażystów:……………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………..

Nazwa staży cząstkowych realizowanych w danym podmiocie:………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

Nazwa staży cząstkowych oraz nazwa podmiotu, z którym zostanie zawarta umowa

na odbycie stażu a ramach oddelegowania………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………….

Proponowana liczba miejsc stażowych ………………….

Niniejszym oświadczam, iż spełniam warunki określone w § 5 rozporządzenia z dnia

26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty (Dz. U.

Z 2014 r., poz. 474).

Akceptacja Warmińsko-Mazurskiej Izby Lekarskiej w Olsztynie………………………………..

lub Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku ………………………………………………………

………………………………………. ………………………………………

miejscowość, data podpis wnioskującego

(pieczątka)

**Do wniosku proszę dołączyć kserokopie: zaświadczenia o wpisie do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dyplomu ukończenia studiów medycznych, dyplomu specjalisty potwierdzonych za zgodność z oryginałem.**