

SKIEROWANIE

do

Szpitala w Ostródzie S.A
14-100 Ostróda, ul. Jagiełły 1

na staż kierunkowy z dziedziny realizowany w ramach specjalizacji
z zgodnie z programem specjalizacji.

Proszę o przyjęcie lekarza

.....
.....
.....
.....

(Czytelnie: imię i nazwisko, adres zamieszkania, numer telefonu, e-mail)

na ww. staż kierunkowy w proponowanym terminie

Jednostka Kierująca oświadcza, że lekarz kierowany na staż kierunkowy do specjalizacji:

1. Będzie objęty ubezpieczeniem od odpowiedzialności cywilnej i następstw nieszczęśliwych wypadków na cały okres stażu kierunkowego,
2. Będzie posiadał aktualne badania lekarskie oraz przeszkolenie w zakresie BHP i P.POŻ.,
3. Posiada */ Nie posiada aktualne szczepienia WZW typ B,
4. Posiada */ Nie posiada aktualne przeszkolenie w zakresie leczenia krwią i jej składnikami.

.....
(Pieczęć i podpis Kierownika Specjalizacji)

.....
(Pieczęć i podpis Kierownika Zakładu Kierującego)**

* niewłaściwe skreślić

** pieczęć i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Zakładu Kierującego