

I. ZGODA KIEROWNIKA JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ

1) dnia
Pieczęć JW/podmiotu leczniczego (zakładu pracy)

.....
podległość pod RSZ
.....
tel./fax

Wyrażam zgodę/nie wyrażam* zgody na odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie:

.....
Pana/i
stopień imię i nazwisko lekarza/lekarza dentystry

.....
*Pieczęć, stopień wojskowy imię i nazwisko
kierownika jednostki organizacyjnej*

2) dnia
Pieczęć JW/podmiotu leczniczego

.....
podległość pod RSZ
.....
tel./fax

Wyrażam zgodę/nie wyrażam* zgody na odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie:

.....
Pana/i
stopień imię i nazwisko lekarza/lekarza dentystry

.....
*Pieczęć, stopień wojskowy imię i nazwisko
kierownika jednostki organizacyjnej*

3) dnia
Pieczęć JW/podmiotu leczniczego

.....
podległość pod RSZ
.....
tel./fax

Wyrażam zgodę/nie wyrażam* zgody na odbywanie szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie:

.....
Pana/i
stopień imię i nazwisko lekarza/lekarza dentystry

.....
*Pieczęć, stopień wojskowy imię i nazwisko
kierownika jednostki organizacyjnej*

* Niepotrzebne skreślić

II. ZGODA KIEROWNIKA JEDNOSTKI ORGANIZACYJNEJ^{1**}

..... dnia

Pieczęć JW/podmiotu leczniczego

.....
podległość pod RSZ

.....
tel./fax

Pana/i

stopień imię i nazwisko lekarza/lekarza dentysty

.....
*Pieczęć, stopień wojskowy imię i nazwisko
kierownika jednostki organizacyjnej*

III. OPINIA SZEFA SŁUŻBY ZDROWIA WŁAŚCIWEGO RSZ W SPRAWIE PRZYSTĄPIENIA DO POSTĘPOWANIA KWALIFIKACYJNEGO

.....
data

.....
podpis i pieczęć osoby upoważnionej

IV. ZGODA DYREKTORA DEPARTAMENTU WOJSKOWEJ SŁUŻBY ZDROWIA - SZEFA SŁUŻBY ZDROWIA WOJSKA POLSKIEGO NA PRZYSTĄPIENIE DO POSTĘPOWANIA KWALIFIKACYJNEGO

.....
data

.....
podpis i pieczęć Dyrektora

^{**} Dotyczy lekarzy, którzy odbywają staż podyplomowy w podmiotach leczniczych MON i starają się o rozpoczęcie szkolenia specjalizacyjnego przed objęciem pierwszego stanowiska służbowego w Jednostce Wojskowej, do której otrzymali przydział służbowy