**Załącznik nr 2**

…………………………..

(pieczęć jednostki kierującej)

 Sochaczew, dnia ……………………….

**Dyrekcja
Zespołu Opieki Zdrowotnej**

**„Szpitala Powiatowego”
w Sochaczewie
ul. Batalionów Chłopskich 3/7
96-500 Sochaczew**

**SKIEROWANIE**

**DO ODBYWANIA STAŻU KIERUNKOWEGO**

**W ZESPOLE OPIEKI ZDROWOTNEJ „SZPITALA POWIATOWEGO”
W SOCHACZEWIE**

Na mocy umowy/ porozumienia nr …………………………..…………………………………………….

z dnia ………….………………………………….…. roku

kieruję lekarza/lekarza dentystę\*………………………………………....................................................................

(imię, nazwisko, PESEL, nr PWZ)

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

do odbycia stażu kierunkowego w zakresie ……………………………………………………………………..…

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

realizowanego w ramach specjalizacji z …………………………………………….………………………..…….

……………………………………..

(podpis i pieczątka kierownika specjalizacji)

…………………………………………….

(podpis i pieczątka osoby upoważnionej z jednostki kierującej )

* - niepotrzebne skreślić