

..... dnia

.....
Imię i nazwisko absolwenta

Adres

.....

telefon

e-mail:.....

**Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska
w Olsztynie
ul. Żołnierska 16C
10-561 Olsztyn**

PODANIE

Uprzejmie proszę o umożliwienie mi odbycia stażu podyplomowego lekarza/lekarza dentysty
od (data) w:

.....

.....

(miejscowość, nazwa jednostki)

ew. w przypadku braku miejsc w

.....

.....

podpis