

.....
Miejscowość data

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon kontaktowy

**Dyrektor Wydziału Zdrowia
Kujawsko-Pomorski Urząd Wojewódzki
w Bydgoszcy**

**WNIOSEK
o zmianę miejsca odbywania specjalizacji w ramach województwa kujawsko-pomorskiego**

Zwracam się z prośbą o zmianę miejsca odbywania specjalizacji w dziedzinie

.....
(nazwa i tryb odbywanej specjalizacji)

.....
(data rozpoczęcia specjalizacji)

Jednostka organizacyjna prowadząca dotychczas specjalizację:

Jednostka organizacyjna, w której lekarz będzie kontynuował specjalizację:

od dnia

.....
(podpis i pieczętka wnioskującego)

WYMAGANE ZGODY:

1.
(opinia, podpis i pieczętka dyrektora jednostki, w której lekarz będzie kontynuował specjalizację)

2.
(opinia, podpis i pieczętka kierownika kliniki/ordynatora oddziału, w której lekarz będzie kontynuował specjalizację)