

	ZŁ/02 - PP/03-ZZ Podnoszenie kwalifikacji zawodowych	Wydanie: 1 Data wydania: Lipiec 2025r. Strona 1 z 1
	INSTYTUT CENTRUM ZDROWIA MATKI POLKI DZIAŁ INFORMACJI NAUKOWEJ (DIN)	

SKIEROWANIE

do odbycia stażu podyplomowego w ICZMP

Kieruję lek.

(Imię i nazwisko lekarza stażysty)

do odbycia stażu podyplomowego z zakresu

W

(miejsce odbycia stażu)

w terminie od dnia r. do dnia r.

.....

*(Data, podpis i pieczęć Dyrektora ICZMP
lub osoby upoważnionej przez Dyrektora ICZMP)*

Oświadczenie: Zobowiązuję się do odebrania w Sekcji BHP i Ochrony Środowiska - karty szkolenia wstępnego z zakresu bhp.

.....

(podpis lekarza stażysty)