

WNIOSEK
O PRYZNANIE STAŻU PODYPLOMOWEGO
na terenie działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Częstochowie

1. Nazwisko
2. Imiona.....
3. Stały adres zamieszkania
-
4. Nr telefonu
5. Data urodzenia Miejsce
6. Zaświadczenie o ukończeniu studiów z dnia
- wydane przez
7. Średnia ocen z okresu studiów z dnia.....
8. Preferowane placówki z listy uprawnionych:
 - a)
 - b)
 - c)

Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym.

.....
Data

.....
Podpis