**Zgoda ośrodka na odbycie stażu ( tylko w przypadku wyjazdu indywidualnego)**

Imię:  
Nazwisko:  
PESEL:  
Nazwa jednostki odbywania stażu:  
Adres:  
Dane kontaktowe:  
Okres wyjazdu:

Wyrażam zgodę na odbycie stażu zawodowego.

……………………………………………………… …………………………………………………………  
Podpis kierownika/ordynatora/ podpis wnioskodawcy   
lekarza/lekarza dentystę kierującego   
oddziałem/kliniką/ośrodkiem

**Consent form for the internship (only in case of an individual internship)**

First name:  
Family name:  
Polish ID numer (PESEL):  
Name of the Center of internship:  
Address:  
Contact details:  
Internship period:

I agree to the internship.

……………………………………………………… …………………………………………………………  
signature of the person in charge/ordynator/ applicant’s signature   
doctor/dentist in charge   
department/clinic/center