**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