

Pieczęć podmiotu

.....

miejsce, data

OPINIA

- ☐ lekarza dentysty prowadzącego indywidualną praktykę lekarską uprawnionego podmiotu
- ☐ koordynatora stażu podyplomowego lekarza dentysty uprawnionego podmiotu

Ja niżej podpisana/ny oświadczam, że wyrażam zgodę na współpracę z lekarzem dentystą

.....

(imię, nazwisko)

w celu i na okres realizacji stażu podyplomowego lekarza dentysty, od dnia ,
zgodnie z ramowym programem stażu podyplomowego lekarza dentysty określonym
w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty,
w przypadku skierowania do odbycia stażu podyplomowego ww. lekarza dentysty do:

.....

(nazwa i adres podmiotu)

tj. podmiotu wpisanego na listę Marszałka Województwa Mazowieckiego uprawnionego do zawierania
umów o pracę z lekarzami dentystami w celu odbywania stażu podyplomowego, w którym pełnię
funkcję koordynatora.

.....

**pieczętka i podpis osoby uprawnionej

* Niewłaściwe skreślić

** koordynator stażu podyplomowego lekarza dentysty uprawnionego podmiotu

lekarz dentysta prowadzący indywidualną (spec.) praktykę

Opinia wystawiona lekarzowi dentyście stażystcie przez **lekarza dentystę** prowadzącego indywidualną praktykę
lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską będącą uprawnionym podmiotem lub **koordynatora
stażu** w uprawnionym podmiocie, określająca warunki współpracy w ramach realizacji programu stażu w tym
podmiocie. (§ 2 ust. 1 pkt 3 uchwały z dnia 19 marca 2025 r.)