

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.

.....

**pieczęć i podpis osoby uprawnionej

* Niewłaściwe skreślić

** koordynator stażu podyplomowego lekarza dentysty uprawnionego podmiotu

lekarz dentysta prowadzący indywidualną (spec.) praktykę

Opinia wystawiona lekarzowi dentyście stażyście 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.)