

.....
Pieczęć zakładu leczniczego

PROMESA ZAWARCIA UMOWY CYWILNOPRAWNEJ W CELU I NA OKRES REALIZACJI STAŻU PODYPLOMOWEGO LEKARZA / LEKARZA DENTYSTY* CUDZOZIEMCA

Niniejszym **WYRAŻAM ZGODĘ** na zawarcie umowy cywilnoprawnej w celu i na okres realizacji stażu podyplomowego lekarza / lekarza dentysty* cudzoziemca, **od dnia** zgodnie z ramowym programem stażu podyplomowego określonym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. *w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty* (Dz. U. z 2014 r., poz. 474 ze zm.), w przypadku skierowania do odbycia stażu podyplomowego przez:

Panią/ Pana
(imię i nazwisko)

obywatela
posiadającego zezwolenie na pobyt czasowy na terytorium RP / wizę krajową MULTI -365

do podmiotu leczniczego, wpisanego na listę jednostek uprawnionych do prowadzenia stażu podyplomowego, który jest jednostką organizacyjną Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego tj.

- Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie**, 02-097 Warszawa, ul. Banacha 1a (*dotyczy lekarzy*)
- Szpital Kliniczny Dzieciątka Jezus**, 02-005 Warszawa, ul. Lindleya 4 (*dotyczy lekarzy dentystów*)

lub innego podmiotu leczniczego wpisanego na listę jednostek uprawnionych do prowadzenia stażu podyplomowego, który zawarł z uczelnią medyczną umowę w zakresie praktycznego nauczania zawodu tj.:

.....
(nazwa podmiotu wpisanego na listę Marszałka Województwa Mazowieckiego uprawnionego do prowadzenia stażu podyplomowego, który zawarł z uczelnią medyczną umowę w zakresie praktycznego nauczania zawodu- art. 15 ust. 3 f ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty* (Dz. U. z 2017 r. , poz. 125 j.t.))

.....
(adres podmiotu)

.....
(data, podpis dyrektora podmiotu/ kierownika podmiotu / lekarza dentysty prowadzącego praktykę)

pieczęć podmiotu leczniczego