

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 z dnia 26 września 2012r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza  
i lekarza dentysty (Dz. U. 2014, poz. 474 ze zm.), 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 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 2 uchwały Nr 35/R-VIII/20 ORL w Warszawie z dnia 13 maja 2020 r.)

