

Pieczęć podmiotu

.....

miejsce, data

OPINIA

- lekarza dentystry prowadzącego indywidualną praktykę lekarską uprawnionego podmiotu
- koordynatora stażu podyplomowego lekarza dentystry uprawnionego podmiotu

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

.....

(imię, nazwisko)

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

.....

(nazwa i adres podmiotu)

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

.....

** pieczęć i podpis osoby uprawnionej

* Niewłaściwe skreślić

** koordynator stażu podyplomowego lekarza dentystry uprawnionego podmiotu

lekarz dentystra prowadzący indywidualną (spec.) praktykę

Opinia wystawiona lekarzowi dentyście stażysty przez **lekarza dentystrę** 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 z dnia 28 czerwca 2023 r.)