

.....
Imię i nazwisko

Toruń, dnia

.....

.....
Adres e-mailowy

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon

P o d a n i e
do Okręgowej Rady Lekarskiej w Toruniu o skierowanie na staż podyplomowy

Proszę o skierowanie mnie na staż podyplomowy od dnia

do *(nazwa jednostki prowadzącej staż)*

.....

Jestem absolwentem *(nazwa i miejsce uczelni)*

.....

.....
Podpis