

Toruń, dnia _____

Imię i nazwisko

Adres zamieszkania

Telefon

Podanie

do Okręgowej Rady Lekarskiej w Toruniu o skierowanie na staż podyplomowy

Proszę o skierowanie mnie na staż podyplomowy od dnia _____

do: _____

Jestem absolwentem (nazwa i miejsce uczelni) _____

podpis