

WZÓR

.....
(nazwa i adres podmiotu prowadzącego staż podyplomowy przed zmianą formy prawnej, przekształceniem lub reorganizacją)

.....
(nazwa i adres podmiotu prowadzącego staż podyplomowy po zmianie formy prawnej, przekształceniu lub reorganizacji)

OŚWIADCZENIE

o spełnianiu warunków do prowadzenia stażu podyplomowego przez podmiot leczniczy

Niniejszym oświadczam, że podmiot:

.....
(nazwa podmiotu prowadzącego staż podyplomowy przed zmianą formy prawnej, przekształceniem lub reorganizacją)

po dokonaniu
(data dokonania zmiany i rodzaj zmiany)

oraz przyjęciu nazwy
(nazwa podmiotu prowadzącego staż podyplomowy po zmianie formy prawnej, przekształceniu lub reorganizacji)

spełnia warunki do prowadzenia stażu podyplomowego lekarza określone w art. 15c ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2022 r. poz. 1731, z późn. zm.).

.....
(data złożenia oświadczenia)

.....
(podpis z podaniem imienia i nazwiska kierownika podmiotu prowadzącego staż podyplomowy)