

WZÓR

.....
(nazwa i adres praktyki zawodowej prowadzącej staż podyplomowy przed zmianą formy prawnej, przekształceniem lub reorganizacją)

.....
(nazwa i adres praktyki zawodowej prowadzącej staż podyplomowy po zmianie formy prawnej, przekształceniu lub reorganizacji)

OŚWIADCZENIE

o spełnianiu warunków do prowadzenia stażu podyplomowego przez indywidualną lub grupową praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską prowadzącą staż podyplomowy lekarza dentystry albo stażu częściowego lub części stażu częściowego w dziedzinie medycyny rodzinnej przez indywidualną lub grupową praktykę lekarską, lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską

Niniejszym oświadczam, że praktyka zawodowa:

.....
(nazwa praktyki zawodowej prowadzącej staż podyplomowy przed zmianą formy prawnej, przekształceniem lub reorganizacją)

po dokonaniu

.....
(data dokonania zmiany i rodzaj zmiany)

oraz przyjęciu nazwy

.....
(nazwa praktyki zawodowej prowadzącej staż podyplomowy po zmianie formy prawnej, przekształceniu lub reorganizacji)

spełnia warunki do prowadzenia stażu podyplomowego określone w art. 15c ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2022 r. poz. 1731, z późn. zm.).

.....
(data złożenia oświadczenia)

.....
(podpis z podaniem imienia i nazwiska kierującego praktyką zawodową prowadzącą staż podyplomowy lekarza dentystry albo staż częściowy lub część stażu częściowego w dziedzinie medycyny rodzinnej)