

INFORMACJA

.....
(pełna nazwa placówki, ew. pieczęć)

.....
(dokładny adres)

Nazwisko i Imię Kierownika

(Specjalizacja uzyskana/rok uzyskania)

.....
godziny pracy

.....
tel/fax

.....
Specjalizacja uprawiana

LP	OBSADA LEKARSKA				RODZAJ WYKONYWANYCH USŁUG W ZAKŁADZIE						DZIENNA LICZBA GODZIN PRACY
	NAZWISKO I IMIĘ STOMATOLOGA	DYPLOM/ROK UZYSKANIA	SPECJALIZACJA/RODZAJ/ROK UZYSKANIA	LICZBA LAT PRACY OD UZYSKANIA DYPLOMU	STOMATOLOGIA ZACHOWAWCZA	CHIRURGIA STOMATOLOGICZNA	STOMATOLOGIA DZIECIĘCA	PROTETYKA STOMATOLOGICZNA	PERIODONTOLOGIA	ORTODONCJA	

Liczba pomieszczeń/metraż

Liczba foteli

Posiadana aparatura (wyposażenie)

Uwagi: Ew. proponowany : koordynator szkolenia, opiekunowie

Oświadczenie:

*Mogę podjąć się realizacji programu stażu podyplomowego lekarzy dentystów w zakresie podstawowym/częstkowym **

*Wnioskuje/nie wnioskuje * wpisanie mojej jednostki na listę Marszałka Województwa Lubelskiego – jednostek uprawnionych do prowadzenia stażu podyplomowego lekarza dentysty.*

*niepotrzebne skreślić

Podpis i pieczęć kierownika

Załączniki: Kopia dokumentu potwierdzającego uzyskanie osobowości prawnej,
a w przypadku osoby fizycznej-kopia dokumentu potwierdzającego dane osobowe