

.....  
Pieczęć podmiotu

.....  
miejsce, data

## Zgoda

Ja niżej podpisana/ny oświadczam, że wyrażam zgodę na współpracę z lekarzem dentystą

.....  
(imię, nazwisko)

w celu i na okres realizacji stażu podyplomowego lekarza dentysty, od dnia .....,  
zgodnie z ramowym programem stażu podyplomowego lekarza dentysty określonym w  
Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty, w  
przypadku skierowania do odbycia stażu podyplomowego ww. lekarza dentysty do:

.....  
(nazwa i adres podmiotu)

tj. podmiotu wpisanego na listę Marszałka Województwa Lubelskiego uprawnionego do zawierania  
umów o pracę z lekarzami dentystami w celu odbywania stażu podyplomowego.

.....  
pieczęć i podpis osoby uprawnionej