

Miejscowość, data

OŚWIADCZENIE

Nazwisko i imię Kandydata

Pełna nazwa Oddziału i Szpitala, w którym Kandydat odbywa(l) specjalizację

Pełny adres Oddziału i Szpitala, w którym Kandydat odbywa(l) specjalizację

Nazwa Oddziału i Szpitala, w którym Kandydat jest zatrudniony

Adres Oddziału i Szpitala, w którym Kandydat jest zatrudniony

Data rozpoczęcia specjalizacji (dzień – miesiąc – rok)

Planowana data zakończenia specjalizacji / Data zakończenia specjalizacji* (dzień – miesiąc – rok)

Tryb odbywania specjalizacji

Numer PWZL

Uwagi

Oświadczam, iż ukończyłem(am) 4 rok specjalizacji / pełne szkolenie specjalizacyjne* w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii:

Data, podpis i pieczęć lekarska Kandydata

Oświadczam, iż Pan(i)
ukończył(a) 4 rok specjalizacji / pełne szkolenie specjalizacyjne* w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii:

Data, podpis i pieczęć lekarska Kierownika specjalizacji

Oświadczam, iż Pan(i)
ukończył(a) 4 rok specjalizacji / pełne szkolenie specjalizacyjne* w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii:

Data i podpis Kierownika Oddziału, w którym Kandydat odbywał specjalizację oraz pieczęć Oddziału

.....

* niepotrzebne skreślić

/Oświadczenie jest niezbędnym dokumentem aplikacyjnym do EDAIC Part I/