

UNIWERSYTECKI SZPITAL KLINICZNY
im. Wojskowej Akademii Medycznej
Centralny Szpital Weteranów
ul. Żeromskiego 113.
90-549 Łódź tel. 639-34-01

Łódź dn.

SKIEROWANIE

Kieruję lek. med. _____
Nazwisko Imię

do _____
od dnia ____ ____ ____ r. w celu odbycia podyplomowego stażu cząstkowego
z zakresu _____.

Czas trwania stażu: ____ tygodni.

Miejsce odbywania stażu:

Koordinator Stażu Podyplomowego
SK im. WAM - CSW
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

.....

pieczęć kliniki

Łódź dn.....

lek. med. _____ Numer PWZ.....
Nazwisko Imię

Zgłosił/a się w dniu ____ ____ ____ r. w celu odbycia podyplomowego stażu cząstkowego
Z zakresu _____

Na opiekuna stażu cząstkowego wyznaczono

.....

Kolokwium końcowe zaliczył w dniu

Ocena umiejętności praktycznych

Ocena wiedzy teoretycznej.....

Ocena postawy etycznej

(oceny wpisywać w skali 1-6)

Ocena końcowa

Opinia okresowa (opisowo)

.....

pieczęć i podpis opiekuna

.....

pieczęć i podpis Kierownika Kliniki