

## WNIOSEK

### O PRYZNANIE MIEJSCA NA STAŻ PODYPLOMOWY na terenie działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi

1. **Nazwisko:** KOWALSKA
2. **Imiona:** MONIKA AGNIESZKA
3. **Adres stałego zamieszkania na terenie działania OIL w Łodzi:**  
KOPERNIKA 10 M 6, ŁÓDŹ, 90-056
4. **Data i miejsce urodzenia:** 01.01.2000 R. ŁÓDŹ
5. **Nr telefonu:** XXX XXX XXX
6. **Zaświadczenie o ukończeniu studiów z dnia:** DATA WYDANIA ZAŚWIADCZENIA
7. **Wydane przez:** NAZWA UCZELNI
8. **Kierunek studiów:** LEKARSKI LUB LEKARSKO DENTYSTYCZNY
9. **Średnia ocen z okresu studiów:** ŚREDNIA OCEN

Preferowane placówki z listy podmiotów uprawnionych do prowadzenia staży podyplomowych lekarzy i lekarzy dentystów, z którymi może być zawarta umowa o pracę od 1 października 2024 r. **UZUPEŁNIAMY WSZYSTKIE POZYCJE!!!**

- a) SP ZOZ Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. WAM UM – CSW w Łodzi
- b) SP ZOZ CSK UM w Łodzi
- c) Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. M. Pirogowa w Łodzi
- d) Miejskie Centrum Medyczne im. dr K. Jonschera w Łodzi
- e) Zakład Opieki Zdrowotnej MSWiA w Łodzi
- f) Wojewódzki Szpital Zespolony w Skierniewicach

*Oświadczam, że powyższe dane są zgodne ze stanem faktycznym.*

Łódź, 25.07.2023

.....  
(miejsce i data)

.....  
(podpis)