ARKUSZ ZGŁOSZENIOWY LEKARZA STAŻYSTY

Dane personalne

Nazwisko	
Imiona	
Data rozpoczęcia Wykonywania zawodu	

Studia medyczne

Pierwsza uczelnia .....

Wydział ..... (1 – lekarski, 2 – stomatologiczny) **Data ukończenia .....**

Numer dyplomu ..... **Data wydania .....**

Miejsce odbywania stażu podyplomowego

Miejscowość miejsca pracy	
Ulica i nr domu	
Nazwa zakładu pracy	
Stanowisko	
Data rozpoczęcia stażu	

Języki obce

Nazwa języka	**Stopnień znajomości (1-słaba, 2-dobra, 3-biegła)**

Adres do korespondencji

Kod pocztowy: **…….**	**Miasto:……** **Ulica:……** **……..**
Numer telefonu: **……**	**Kom.:** **……**

……. **……**

data **podpis lekarza**