

.....
nazwa i adres podmiotu
prowadzącego staż podyplomowy

**OŚWIADCZENIE
O SPEŁNIANIU WARUNKÓW DO PROWADZENIA STAŻU PODYPLOMOWEGO**

Niniejszym oświadczam, że podmiot:

.....
(nazwa i adres)

spełnia warunki określone w art. 15c ust. 2/ust. 3* ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2022 r. poz. 1731, z późn. zm.) do prowadzenia stażu podyplomowego.

.....
data wydania oświadczenia

.....
podpis z podaniem imienia i nazwiska
kierownika podmiotu prowadzącego
staż podyplomowy