# Załącznik nr 2 ……………………………..

Miejscowość, data

 Podanie

Proszę o wpisanie ...............................................................……………………………

 (nazwa podmiotu)

na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia stażu cząstkowego lub części stażu cząstkowego lekarzy/ lekarzy dentystów\* w celu odbycia stażu podyplomowego.

Jednocześnie oświadczam, że ..................................................……………………………

 (nazwa podmiotu)

spełnia warunki określone w art. 15c ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t. j. Dz. U. 2024 poz. 1287 ze zm.) do prowadzenia stażu podyplomowego.

 ................................

 (podpis)

*\*niepotrzebne skreślić*