

**Załącznik nr 5**  
do Regulaminu odbywania w Uniwersyteckim Centrum Klinicznym  
staży kierunkowych do specjalizacji przez lekarzy zatrudnionych w innych podmiotach leczniczych  
**Załącznik nr 2 do Porozumienia**

.....  
(Pieczęć Podmiotu Kierującego)

.....  
(Miejscowość, data )

**SKIEROWANIE  
DO  
UNIWERSYTECKIEGO CENTRUM KLINICZNEGO**

Na staż kierunkowy z dziedziny .....realizowany w ramach  
specjalizacji z ..... zgodnie z programem specjalizacji.

Proszę o przyjęcie lekarza .....  
(czytelnie: imię i nazwisko, adres zamieszkania, nr telefonu, e-mail)

.....  
.....

na ww. staż kierunkowy w terminie .....

.....  
(pieczęć i podpis Kierownika Specjalizacji)

.....  
(pieczęć i podpis  
Kierownika Podmiotu Kierującego)