

Imię i Nazwisko

Katowice

.....

Adres zamieszkania

.....

telefon kontaktowy:

Śląska Izba Lekarska
w Katowicach

Proszę o skierowanie mnie z dniem 01.10.2017 na staż podyplomowy do:

1.....

..... lub

2.....

..... lub

3.....

.....

Podpis

.....