

....., dnia.....

.....
Imiona i nazwisko Absolwenta

Wydziału Stomatologii U. M.

w.....

Adres.....
(stałe miejsce zameldowania)

.....

Telefon.....

**Lubelska Izba Lekarska
ul. Chmielna 4
20-079 Lublin**

Podanie

Uprzejmie proszę o umożliwienie mi odbycia stażu podyplomowego lekarza dentysty od dnia 01.10.2016 r.

w

(miejscowość, nazwa jednostki)

.....,

ew. w przypadku braku miejsc w.....

.....

.....

Podpis

**do podania należy dołączyć kopię dowodu osobistego wraz z miejscem stałego zameldowania lub oświadczenie o stałym miejscu zamieszkania*