

.....
miejsowość i data

.....
nazwisko i imię

.....
adres do korespondencji/telefon/e-mail

Pełnomocnik Rektora
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi
ds. Specjalizacji dla Diagnostów Laboratoryjnych
oraz w dziedzinach mających zastosowanie
w ochronie zdrowia

PODANIE O PRZEDŁUŻENIE/SKRÓCENIE* SPECJALIZACJI
W DZIEDZINACH MAJĄCYCH ZASTOSOWANIE W OCHRONIE ZDROWIA

Upzejmie proszę o przedłużenie/skrócenie* specjalizacji z,
o okres.....z powodu:.....
.....

.....
(data i podpis os. specjalizującej się)

.....
(podpis i pieczętka kierownika specjalizacji)

.....
(podpis i pieczętka Pełnomocnik Rektora UM w Łodzi

ds. Specjalizacji dla Diagnostów Laboratoryjnych oraz w dziedzinach
mających zastosowanie w ochronie zdrowia)

*niepotrzebne skreślić

Do podania należy dołączyć kartę specjalizacyjną z pieczętką i podpisem kierownika specjalizacji na stronie 2 .

Uzasadnienie wpisuje BOKPWF.