Opole, dnia …………………………………

……………………………………

*Imię i nazwisko*

……………………………………

*Adres*

……………………………………

*Dane kontaktowe e-mail, tel. kom.*

…………………………………………

*Dziedzina medycyny i tryb odbywanej specjalizacji*

Nr papierowej karta specjalizacji ……………………………

**Opolski Urząd Wojewódzki**

**Wydział Zdrowia**

**ul. Piastowska 14**

**45-082 Opole**

**Wniosek o dokonanie zmiany w karcie szkolenia specjalizacyjnego**

1. Kierownika specjalizacji - …………………………………………………………………….

*(imię i nazwisko nowego kierownika specjalizacji oraz stanowisko)*

…………………………………………………………………………………………………..

*(zgoda nowego kierownika specjalizacji podpis i pieczątka)*

1. Nazwiska - …………………………………………………………………………………….

*(nowe nazwisko)*

1. Adresu miejsca zamieszkania - ……………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

*(nowy adres zamieszkania)*

1. Adresu e-mail - ………………………………………………………………………………...

*(nowy adres e-mail)*

1. Numer telefonu - ............................................................................................................

*(nowy numer telefonu)*

1. Przynależność do okręgowej izby lekarskiej - ……………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………...

*(nazwa izby lekarskiej oraz nr rejestracyjny)*

W związku z powyższą zmianą, uprzejmie proszę o wprowadzenie aneksu do karty szkolenia specjalizacyjnego nr…………………………………………………………………………………..

………………………………………………..

*(podpis i pieczątka lekarza)*

* ***Lekarz wypełnia wyłącznie ten punkt, w którym wystąpiła zmiana, pozostałe punkty należy wykreskować***