Załącznik nr 3

**Opinia kierownika podmiotu leczniczego**, w którym Pan/Pani[[1]](#footnote-1) **…………………………………………………………………………………………………………………..** wykonywał/a zawód lekarza/lekarza dentysty w wymiarze odpowiadającym co najmniej równoważnikowi jednego etatu minimum przez 12 miesięcy:

Imię i nazwisko lekarza/lekarza dentysty: ………………………………..…………………………………………………

Okres zatrudnienia: …………………………………………………………………………………………………………………….

Wymiar czasu pracy (wysokość etatu): ……………………………………………………………………………………...

**Opinia pozytywna/Opinia negatywna**

Uzasadnienie:…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

……………………………………………………………………………………….

(data, podpis i pieczątka kierownika podmiotu leczniczego)

1. Zaznacz właściwe [↑](#footnote-ref-1)