*WZÓR*

…………………………………………

…………………………………………

…………………………………………

*(nazwa i adres praktyki zawodowej prowadzącej staż podyplomowy*

 *przed zmianą formy prawnej, przekształceniem lub reorganizacją)*

…………………………………………

…………………………………………

…………………………………………

*(nazwa i adres praktyki zawodowej prowadzącej staż podyplomowy*

 *po zmianie formy prawnej, przekształceniu lub reorganizacji)*

OŚWIADCZENIE

o spełnianiu warunków do prowadzenia stażu podyplomowego przez indywidualną
lub grupową praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską prowadzącą staż podyplomowy lekarza dentysty albo stażu cząstkowego lub części stażu cząstkowego
w dziedzinie medycyny rodzinnej przez indywidualną lub grupową praktykę lekarską,
lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską

Niniejszym oświadczam, że praktyka zawodowa:

…………………………………………………………………………………………………

(*nazwa praktyki zawodowej prowadzącej staż podyplomowy przed zmianą formy prawnej, przekształceniem lub reorganizacją*)

po dokonaniu …………………………………………………………………………………...

(*data dokonania zmiany i rodzaj zmiany*)

oraz przyjęciu nazwy ……………………...……………………………………………………

(*nazwa praktyki zawodowej prowadzącej staż podyplomowy po zmianie formy prawnej, przekształceniu lub reorganizacji*)

spełnia warunki do prowadzenia stażu podyplomowego określone w art. 15c ust. 3 ustawy

z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (t.j. Dz. U. z 2023 r. poz. 1516,

ze zm.).

 **.……………..……………………**

 *(data i podpis)*