*WZÓR*

…………………………………………

…………………………………………

…………………………………………

*(nazwa i adres podmiotu prowadzącego staż podyplomowy*

 *przed zmianą formy prawnej, przekształceniem lub reorganizacją)*

…………………………………………

…………………………………………

…………………………………………

*(nazwa i adres podmiotu prowadzącego staż podyplomowy*

*po zmianie formy prawnej, przekształceniu lub reorganizacji)*

OŚWIADCZENIE

o spełnianiu warunków do prowadzenia stażu podyplomowego przez podmiot leczniczy

Niniejszym oświadczam, że podmiot:

…………………………………………………………………………………………………

(*nazwa podmiotu prowadzącego staż podyplomowy przed zmianą formy prawnej, przekształceniem lub reorganizacją*)

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

(*data dokonania zmiany i rodzaj zmiany*)

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

(*nazwa podmiotu prowadzącego staż podyplomowy po zmianie formy prawnej, przekształceniu lub reorganizacji*)

spełnia warunki do prowadzenia stażu podyplomowego lekarza określone w art. 15c ust. 2

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 )*