

.....  
Pieczęć nagłówkowa Zakładu Opieki Zdrowotnej

.....  
Data

Regionalne Centrum Krwiodawstwa  
i Krwiolecznictwa w Warszawie  
03-948 Warszawa  
ul. Saska 63/75

Proszę o przyjęcie na szkolenie w zakresie transfuzjologii klinicznej w ramach stażu podyplomowego odbywającego się w RCKiK w Warszawie niżej wymienionych lekarzy stażystów:

<b>Lp.</b>	<b>Nazwisko i imię lekarza stażysty</b>	<b>Data rozpoczęcia stażu</b>	<b>Zarezerwowany termin szkolenia</b>
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			

Imię i nazwisko koordynatora .....

Telefon kontaktowy .....

.....  
Podpis koordynatora