

.....
(pieczęć z nazwą i adresem
jednostki prowadzącej specjalizację)

.....dnia.....

ZAŚWIADCZENIE

Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 22 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego - Dz. U. 2013 poz. 1520 z późn. zm. (t. j. Dz. U. 2016 poz. 694) / Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 6 listopada 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej - Dz. U. 2013 poz. 1413 z późn. zm. (t. j. Dz. U. 2016 poz. 357) – potwierdzam, że:

lekarz

odbywający szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie

.....
posiada wiedzę i umiejętności umożliwiające wykonywanie samodzielnej pracy w danej dziedzinie medycyny w lecznictwie stacjonarnym i poradni specjalistycznej.

.....
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)