**………………………………………**

Pieczęć zakładu leczniczego

**PROMESA ZAWARCIA UMOWY CYWILNO-PRAWNEJ**

**W CELU I NA OKRES REALIZACJI STAŻU PODYPLOMOWEGO**

**LEKARZA / LEKARZA DENTYSTY\* CUDZOZIEMCA**

|  |
| --- |
| **Niniejszym WYRAŻAM ZGODĘ na zawarcie umowy cywilnoprawnej** w celu i na okres realizacji stażu podyplomowego lekarza / lekarza dentysty\*cudzoziemca, **od dnia ……………………………..**  zgodnie z ramowym programem stażu podyplomowego określonym w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012r. *w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty* (Dz. U. 2014, poz. 474 ze zm.), w przypadku skierowania do odbycia stażu podyplomowego przez:  Panią/ Pana ……………………………………………………………….……………………………….…………  (imię i nazwisko)  obywatela …………………………………………………..…………………………………………………………..  posiadającego zezwolenie na pobyt czasowy na terytorium RP/wizę krajową MULTI-365  do podmiotu leczniczego wpisanego na listę jednostek uprawnionych do prowadzenia stażu podyplomowego, który jest jednostką organizacyjną Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, tj.:  **- Szpital Uniwersytecki w Krakowie**, 31-501 Kraków, ul. Kopernika 36 (*dotyczy lekarzy*)  **- Uniwersytecka Klinika Stomatologiczna w Krakowie**, 31-155 ul. Montelupich 4 *(dotyczy lekarzy dentystów)*  lub innego podmiotu leczniczego wpisanego na listę jednostek uprawnionych do prowadzenia stażu podyplomowego, który zawarł z uczelnią medyczną umowę w zakresie praktycznego nauczania zawodu tj.  ………………………………………………………………………………………………………………………………….  (nazwa podmiotu wpisanego na listę marszałka Województwa Małopolskiego lub Podkarpackiego uprawnionego do prowadzenia stażu podyplomowego, który zawarł z uczelnia medyczna umowę w zakresie praktycznego nauczania zawodu – art. 15 ust. 3f ustawy z dnia 5 grudnia 1996r. *o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2017r., poz. 125 j.t.))*  ………………………………………………………………………………………………………………………………….  (adres podmiotu)    …………………………………………………..……….  (data, podpis dyrektora podmiotu/ kierownika podmiotu / lekarza dentysty prowadzącego praktykę , pieczęć zakładu leczniczego) |