**Załącznik nr 3**

WZÓR

…………………………………………..

nazwa i adres podmiotu

prowadzącego staż podyplomowy

…………………………………………...

nazwa i adres podmiotu po przekształceniu,

reorganizacji albo zmianie formy prawnej

kontynuującego prowadzenie stażu podyplomowego

OŚWIADCZENIE

O SPEŁNIANIU WARUNKÓW DO PROWADZENIA STAŻU PODYPLOMOWEGO

Niniejszym oświadczam, że podmiot:

…………………………………………………………………………………………………

(nazwa i adres)

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

(określić rodzaj zmiany)

spełnia warunki określone w art. 15c ust. 2/ust. 3\* ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2022 r. poz. 1731, z późn. zm.) do prowadzenia stażu podyplomowego.

**……………………………… ……………………………………….**

data wydania oświadczenia podpis z podaniem imienia i nazwiska

kierownika podmiotu prowadzącego

staż podyplomowy