|  |  |
| --- | --- |
|  | …………………………………………..…….Miejscowość, data |
| *Pieczątka podmiotu prowadzącego działalność pożytku publicznego w sferze ochrony i promocji zdrowia* ***1*** |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **KRS** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **NIP** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **REGON** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Zaświadczenie**

Na podstawie art.15 d ust. 4 pkt. 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, zaświadcza się, że

lekarz / lekarz dentysta\* Pani/Pan\* …………………………………………………………………………………………..………………….

*Imię i nazwisko*

w trakcie studiów uczestniczył w prowadzeniu działalności pożytku publicznego w sferze ochrony i promocji zdrowia, w tym działalności leczniczej\* , lub uczestniczył w prowadzeniu działalności pożytku publicznego w sferze ochrony i promocji zdrowia poza Rzecząpospolitą Polską\*.

|  |  |
| --- | --- |
| Imię i nazwisko  |  |
| PESEL |  |
| Nazwa i miejsce prowadzenia działalności pożytku publicznego w sferze ochrony zdrowia |  |
| Okres wykonywania czynności | Od  | Do  |
| Wymiar czasu pracy  |  |
| Zakres udzielanych świadczeń  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| …………………………………………………..pieczątka i podpis kierownika podmiotu prowadzącego działalność pożytku publicznego | ……………………………………………….podpis lekarza\*/lekarza dentysty\* uczestnika |

*\*Niepotrzebne skreślić*

*\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_*

1 Pieczątka podmiotu prowadzącego działalność pożytku publicznego w sferze ochrony i promocji zdrowia, w tym miejscowość, data działalności leczniczej w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, w rozumieniu ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r. o działalności pożytku publicznego i o wolontariacie (Dz.U. z 2024r., poz.799)