

.....  
nazwa organizatora kształcenia

.....  
numer wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów  
Okręgowej Izby Lekarskiej w .....\*/ Naczelnej Izby Lekarskiej\*/

## OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zamierzam nadal prowadzić kształcenie podyplomowe lekarzy\*/ lekarzy dentystów\*/ w okresie....., na dotychczasowym obszarze, w nie zmienionym przedmiocie i zakresie na podstawie przedłożonego planu (programu) kształcenia, realizowanego w określonych planem dotychczasowych formach i trybie kształcenia, przez osoby stanowiące planowaną kadre dydaktyczną, prowadzonego we wskazanej, posiadanej bazie do prowadzenia kształcenia, oraz podlegającego, po jego zrealizowaniu, ocenie w ramach posiadanego wewnętrznego systemu oceny jakości kształcenia - zgodnie z danymi wpisanymi do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w .....\*/ Naczelnej Izby Lekarskiej\*/ pod numerem.....

.....  
imię i nazwisko przedstawiciela organizatora kształcenia

.....  
stanowisko/ funkcja

.....  
data

.....  
podpis