

## OCENA KANDYDATURY LEKARZA

**MIEJSCE PRACY** .....

**ODDZIAŁ**.....

**IMIĘ I NAZWISKO** .....

PRZYDATNY : .....[ 10 pkt ]

NIEPRZYDATNY : .....[ 0 pkt ]

UWAGI:.....

.....

.....

.....  
1.Podpis Lekarza Kierującego Oddziałem

.....  
2.Podpis Z-cy Dyrektora ds. Lecznictwa