

Warszawa, dnia 28 listopada 2017 r.

Poz. 2194

**ROZPORZĄDZENIE  
MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia 24 listopada 2017 r.

**zmieniające rozporządzenie w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry**

Na podstawie art. 15 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2017 r. poz. 125 i 767) zarządza się, co następuje:

**§ 1.** W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2014 r. poz. 474) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 3 ust. 7 otrzymuje brzmienie:

„7. Nie można w tym samym czasie odbywać stażu lekarza i stażu lekarza dentystry.”;

2) w § 6 ust. 5 otrzymuje brzmienie:

„5. Lekarz, lekarz dentysta odbywający staż otrzymuje zasadnicze wynagrodzenie miesięczne w wysokości 2369 zł.”;

3) w § 19 ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Środki finansowe zapewniające odbycie stażu lekarza, lekarza dentystry powołanego do zawodowej służby wojskowej są przekazywane przez właściwą jednostkę budżetową resortu obrony narodowej na podstawie umowy na prowadzenie stażu zawartej między działającym w imieniu Ministra Obrony Narodowej dyrektorem komórki organizacyjnej Ministerstwa Obrony Narodowej właściwej do spraw zdrowia a kierownikiem podmiotu leczniczego uprawnionego do prowadzenia stażu.”;

4) w załączniku nr 3 do rozporządzenia część oznaczona „wzór nr 1/3” otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 1 do niniejszego rozporządzenia;

5) w załączniku nr 4 do rozporządzenia część oznaczona „wzór nr 1/4” otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 2 do niniejszego rozporządzenia.

**§ 2.** 1. Do dnia 31 grudnia 2018 r. lekarz, lekarz dentysta odbywający staż podyplomowy lekarza i lekarza dentystry otrzymuje odpowiednio zasadnicze wynagrodzenie miesięczne wysokości:

1) 2100 zł od dnia 1 lipca 2017 r.;

2) 2249 zł od dnia 1 stycznia 2018 r.

2. Środki na wydatki wynikające z podwyższenia wynagrodzenia zasadniczego do wysokości, o której mowa w ust. 1 pkt 1, lekarzy, o których mowa w ust. 1, którzy ukończyli staż podyplomowy lekarza i lekarza dentystry po dniu 30 czerwca 2017 r., a przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia, marszałek województwa przekazuje jednostce, która zatrudniała tych lekarzy na podstawie porozumienia do umowy, na podstawie której był finansowany ten staż.

**§ 3.** Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, z wyjątkiem § 2, który wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia, z mocą od dnia 1 lipca 2017 r.

Minister Zdrowia: *K. Radziwiłł*

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. poz. 1908).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 24 listopada 2017 r. (poz. 2194)

Załącznik nr 1

WZÓR NR 1/3

## KARTA STAŻU PODYPLOMOWEGO LEKARZA

	Nr																				
IMIĘ I NAZWISKO																					
Data urodzenia <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">-</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">-</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>			-			-					Numer prawa wykonywania zawodu <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>										
		-			-																
Członek Okręgowej Izby Lekarskiej/ Wojskowej Izby Lekarskiej	numer rejestru <table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">-</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">-</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>		-		-																
	-		-																		
W ..... Data	Podpis i pieczęć przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej/Wojskowej Rady Lekarskiej																				
Pieczęć podmiotu uprawnionego	Numer wpisu na listę marszałka województwa																				
Nazwa podmiotu uprawnionego																					
Adres																					
<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 20%;">Okres zatrudnienia</td> <td style="width: 5%;">od</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">-</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">-</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 5%;">do</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">-</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;">-</td> <td style="width: 20px;"> </td> <td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table>		Okres zatrudnienia	od			-			-				do			-			-		
Okres zatrudnienia	od			-			-				do			-			-				
Data	Podpis i pieczęć kierownika podmiotu uprawnionego																				

WZÓR NR 1/4

## KARTA STAŻU PODYPLOMOWEGO LEKARZA DENTYSTY

		Nr	
IMIĘ I NAZWISKO			
Data urodzenia		Numer prawa wykonywania zawodu	
<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Członek Okręgowej Izby Lekarskiej/ Wojskowej Izby Lekarskiej		numer rejestru	
w .....		<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Data	Podpis i pieczęć przewodniczącego Okręgowej Rady Lekarskiej/Wojskowej Rady Lekarskiej		
Pieczęć podmiotu uprawnionego		Numer wpisu na listę marszałka województwa	
Nazwa podmiotu uprawnionego			
Adres			
Okres zatrudnienia		do	
od		do	
<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Data	Podpis i pieczęć kierownika podmiotu uprawnionego		