

.....
(nazwisko imię)

Zawiercie, dn.

.....
(adres zamieszkania)

.....
(nr kontaktowy)

.....
(nazwa Uczelni)

.....
(kierunek)

**Do Dyrekcji
Szpitala Powiatowego
w Zawierciu**

WNIOSEK O MOŻLIWOŚĆ ODBYCIA PRAKTYK

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie praktyk w Szpitalu Powiatowym w Zawierciu,
w Oddziale/Dziale/Pracowni,
w terminie od dnia do dnia , w ilości godzin.

.....

podpis wnioskodawcy

Wyrażam zgodę

.....
podpis Kierownika danej komórki organizacyjnej/Pielęgniarki Oddziałowej

.....
podpis Dyrektora lub osoby upoważnionej