

.....

(imię i nazwisko)

Inowrocław.....

(data)

.....

.....

(adres)

.....

(telefon kontaktowy)

Do Dyrekcji

Szpitala Wielospecjalistycznego

im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu

ul. Poznańska 97

88-100 Inowrocław

Podanie o odbycie praktyk

Zwracam się z uprzejmą prośbą o umożliwienie odbycia praktyk w Szpitalu
Wielospecjalistycznym im. dr. Ludwika Błażka w Inowrocławiu

w terminie: od.....do.....

w Oddziale/Dziale.....

Jestem studentem/studentkąroku

na kierunku.....

Uczelni.....

Zgoda Kierownika/Koordynatora Komórki Organizacyjnej/Naczelnej Pielęgniarki

.....

pieczętka i podpis

.....

podpis studenta