

.....
(imię i nazwisko)

Inowrocław.....
(data)

.....
.....
(adres)

.....
(telefon kontaktowy)

Do Dyrekcji
Szpitala Wielospecjalistycznego im. dr. L. Błażka
w Inowrocławiu
ul. Poznańska 97
88-100 Inowrocław

Wniosek o wykonywanie świadczeń w ramach wolontariatu

Proszę o umożliwienie mi wykonywania świadczeń w ramach wolontariatu w Szpitalu
Wielospecjalistycznym im. dr. Błażka w Inowrocławiu w terminie:
od.....do.....

w Oddziale/ Dziale.....

Świadczenia te będę wykonywać w następujące dni tygodnia.....

w godzinach od.....do.....

.....
(podpis Wolontariusza)

Osoba niepełnoletnia jest zobowiązana dołączyć zgodę rodziców na wykonywanie świadczeń w ramach wolontariatu.

Zakres świadczeń wykonywanych przez Wolontariusza:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....
(podpis i pieczęć Koordynatora/Kierownika Oddziału /Działu)