.................................................... Inowrocław……………….

(imię i nazwisko) (data)

………………………………….

………………………………….

 (adres)

………………………………….

(telefon kontaktowy)

 Do Dyrekcji

Szpitala Wielospecjalistycznego

 w Inowrocławiu

 ul. Poznańska 97

 88-100 Inowrocław

 **Podanie o odbycie praktyk**

 Zwracam się z uprzejmą prośbą o umożliwienie mi odbycia praktyk w Szpitalu Wielospecjalistycznym im. dr. Błażka w Inowrocławiu w terminie od……………..do…………………. w Oddziale/ Dziale……………. …………………………………………………………………………………………………………………….....

 Jestem studentem/studentką ………………..roku na kierunku……………………………………………

Uczelni……………………………………………………………………………………………………………….

 Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

 Zgoda Kierownika Komórki Organizacyjnej Z poważaniem

 ………………………………………………

 (pieczątka i podpis)

 …………………………………

 podpis studenta