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