

.....
(imię i nazwisko studenta)

.....
(miejsowość / data)

.....
(adres zamieszkania, telefon)

.....
(adres e-mail)

DYREKTOR
Szpitala Specjalistycznego w Brzozowie
Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego
Im. ks. B. Markiewicza

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie praktyki studenckiej w tut.

Szpitalu w oddziale:

w terminie :.....

Jestem studentem

.....
(Uczelnia/wydział/ kierunek studiów/ rok)

W załączeniu:

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

.....
(podpis studenta)