………………………………………………………………. ………………………………………………………

*( imię i nazwisko studenta ) ( miejscowość / data)*

………………………………………………………………

( adres zamieszkania, telefon)

………………………………………………………………

(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)*