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

 *( 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)*