..................................................... Brzozów, dnia ............................................

(imię i nazwisko studenta/ucznia)

.....................................................  
(adres zamieszkania)

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

(e-mail, telefon)

**Dyrektor**

**Szpital Specjalistyczny w Brzozowie**

**Podkarpacki Ośrodek Onkologiczny**

**im. Ks. B. Markiewicza**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie praktyki zawodowej   
w Szpitalu Specjalistycznym w Brzozowie Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym   
w oddziale:

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

w terminie: …………………………………………………………………………………………………

Jestem studentem / uczniem:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………  
 (nazwa uczelni/szkoły, kierunek studiów, rok)

W załączeniu:

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

…………………………………………………………….

………………………………………………..

(podpis studenta/ucznia)