

Pszczyna, dnia

.....
Imię i nazwisko

.....

.....
adres

.....
numer telefonu

.....
e-mail

PODANIE

Zwracam się z prośbą o umożliwienie odbycia praktyk:
studenckich/zawodowych/szkolnych/wolontariatu*

z zakresu.....

w Oddziale,

w terminie od do (liczba godz./dni).

Jestem słuchaczem (nazwa uczelni/szkoły)

w (siedziba uczelni/szkoły)

na kierunku studia

stacjonarne/niestacjonarne*.

.....

podpis

Akceptuję/nie akceptuję:
(wypełnia pracownik Szpitala)

* niepotrzebne skreślić