

Jastrzębie-Zdrój,.....

Imię i nazwisko

.....

ul. ....

.....-

nr tel.....

e-mail.....

**DYREKCJA**  
**Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego Nr 2**  
**w Jastrzębiu-Zdroju**

**Podanie**

Zwracam się z prośbą o umożliwienie odbycia praktyk studenckich/szkolnych z zakresu

.....w Oddziale.....,

w terminie od.....do..... ( .....godz.).

Jestem słuchaczem.....

.....

w .....na kierunku.....

studia stacjonarne/niestacjonarne\*

Z poważaniem

Akceptuję termin praktyk:

.....

/podpis lekarza zarządzającego/  
pielęgniarki oddziałowej/  
kierownika komórki organizacyjnej

\* niepotrzebne skreślić