



.....
(imię i nazwisko)

.....
(miejscowość i data)

.....
(adres)

.....
(nr telefonu / e-mail)

.....
(nazwa Uczelni/Instytucji kierującej)

.....
(wydział, rok / kierunek)

**Do Dyrekcji
Zagłębiowskiego Centrum Onkologii
Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza
w Dąbrowie Górniczej**

PODANIE O PRZYJĘCIE NA PRAKTYKĘ

Zwracam się z prośbą o umożliwienie mi odbycia praktyki w Zagłębiowskim Centrum Onkologii Szpital Specjalistyczny im. Sz. Starkiewicza w Dąbrowie Górniczej

W
(nazwa oddziału / komórki organizacyjnej)

w terminie od do, w ilości godzin dydaktycznych.

.....
(data i podpis praktykanta)

Wypełnia Lekarz Kierujący Oddziałem/Pielęgniarka Oddziałowa/Kierownik komórki organizacyjnej*:
Potwierdzam możliwości przyjęcia studenta na praktykę:

.....
(data, pieczęć i podpis)

Wypełnia Dział Jakości, Organizacji, Promocji i Rozwoju:

Wyliczenie wydatków ponoszonych przez Szpital - 3,50 zł x liczba godzin dydaktycznych: 3,50 zł x = zł

Zgoda Dyrekcji

Wyrażam zgodę na odbycie praktyki w uzgodnionym miejscu i terminie.

.....
Podpis Dyrektora
lub osoby upoważnionej

*niepotrzebne skreślić.