



Nabór II 2019/2020

Bielsko-Biała, dnia.....

.....
Imię Nazwisko

.....
Adres korespondencyjny

.....
Telefon

.....
Uczelnia kierująca, wydział

Szanowny Pan/Pani

.....
.....
.....
.....

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie praktyk zawodowych z modułu

w Szpitala

(Oddział, Komórka organizacyjna)

w terminie od dnia do dnia

Wymiar godzinowy praktyk zawodowych wynosi godz. dydaktycznych.

Z poważaniem

.....
(podpis ubiegającego się o praktykę)

AKCEPTUJĘ:

.....
Opiekun zawodowy praktyk

.....
(podpis kierownika komórki /
ordynatora oddziału
prowadzącego praktykę)