

Mikołów, dnia

Imię i Nazwisko
Adres
Nr telefonu

**Szanowny Pan
Władysław Perchaluk
Prezes Zarządu
Centrum Zdrowia w Mikołowie Sp. z o.o.
ul. Waryńskiego 2, 43-190 Mikołów**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o możliwość odbycia praktyk (zakres)
w (miejsce odbycia praktyk)
w proponowanym terminie od do Jestem studentem/studentką
..... (nazwa uczelni/jednostki kierującej)
..... roku na kierunku

Z poważaniem:

W załączeniu:

1. 2 egz. porozumienia w sprawie organizacji studenckich praktyk zawodowych
2. Skierowanie na praktykę z uczelni
3. Program praktyk