

IMIĘ I NAZWISKO .....

ADRES .....

NR TELEFONU .....

Mikołów, dnia .....

**Szanowny Pan  
Dr Cezary Tomiczek**

**Prezes Zarządu  
Centrum Zdrowia w Mikołowie Sp. z o. o.  
43-190 Mikołów, Waryńskiego 2**

**PODANIE O ODBYCIE PRAKTYK ZAWODOWYCH W CENTRUM ZDROWIA W MIKOŁOWIE SP. Z O. O.**

Zwracam się z prośbą o umożliwienie odbycia praktyki .....  
(pielęgniarskiej / lekarskiej)

W .....  
(miejsce odbycia praktyk, np. nazwa oddziału)

w proponowanym terminie od ..... do .....

Jestem studentem/studentką .....  
(nazwa uczelni/jednostki kierującej)

..... roku na kierunku .....

.....  
Data i podpis osoby ubiegającej się o odbycie praktyki

Zgoda na odbycie praktyki we wskazanym terminie

**Data i podpis kierownika komórki organizacyjnej** .....

Opiekun praktykanta wskazany przez kierownika komórki  
organizacyjnej, w której mają być realizowane praktyki .....

**Akceptacja Prezesa Zarządu lub osoby upoważnionej** .....