IMIĘ I NAZWISKO …………………………………………………..……….……………………………..

ADRES ……………………………………………..……….…………………………………..

NR TELEFONU ………………………………………..…….…………………………………………..

Mikołów, dnia …………………………………….……..

**Szanowny Pan**

**Emilia Nawrocka-Kołodziejczyk**

**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 …….…………………….……...........………….…

 (np. pielęgniarskiej / lekarskiej/ratownika med)

w ……………………………………………………………………………………..……….…………………………………………………………

 (miejsce odbycia praktyk, tj. nazwa oddziału)

w terminie od ………………………...…………..………….………..…… do ……………..………………………………..…………...

Jestem studentem/studentką …………………………….…………………………………………………………….………..………

 (nazwa uczelni/jednostki kierującej)

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

……………………………………………………………………………………………….

 Data i podpis osoby ubiegającej się o odbycie praktyki

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_