

Łomża, dn.

.....
imię i nazwisko

.....
adres

.....
telefon

.....
nazwa i adres placówki

.....
wydział, rok studiów

Dyrektor
Szpitala Wojewódzkiego w Łomży

Zwracam się z prośbą o umożliwienie mi odbycia praktyki w Szpitalu Wojewódzkim w Łomży.

Komórka organizacyjna:

Termin:

.....
Podpis studenta

Wyrażam zgodę:

.....
Podpis opiekuna

.....
podpis Dyrektora