

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