.......................................................... Gdynia, dnia .....................................

 (imię i nazwisko)

..........................................................

 (adres)

……………………………………………...

………………………………………………

 ( nr telefonu / e-mail )

………………………………………………

 (nazwa uczelni)

………………………………………………

 (wydział)

……………………………………………….

 (rok / kierunek)

……………………………………………….

 (nr albumu)

 **Do Zarządu**

 **Szpitale Pomorskie Sp. z o. o.**

 ul. Powstania Styczniowego 1 w Gdyni

**Podanie o przyjęcie na praktykę**

Zwracam się z prośbą o umożliwienie mi odbycia praktyk zawodowych

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

 (nazwa działu / oddziału / zakładu)

w lokalizacji:

ul. Powstania Styczniowego 1, 81-519 Gdynia lub ul. Wójta Radtkego 1, 81-348 Gdynia ⃰,

w terminie............................................................................... w ilości...........................godzin.

 (dokładny termin)

…………………………………

 (podpis)

 Zgoda Ordynatora/Kierownika

komórki przyjmującej na praktykę

……………………………........................

 (podpis i pieczątka)

⃰ - niepotrzebne skreślić