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