

Kup, dnia..... 20...r.

.....
(imię i nazwisko)

.....

.....

.....
(adres korespondencyjny, telefon kontaktowy)

.....

.....
(uczelnia, wydział)

**Stobrowskie Centrum Medyczne
sp. z o.o.
ul. Karola Miarki 14
46-082 Kup**

Wniosek o zgodę na podjęcie praktyki zawodowej w trybie indywidualnym

W imieniu własnym, zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie praktyki
studenckiej z zakresu

W.....
(nazwa komórki działalności leczniczej)

w terminie od dnia 20...r. do dnia 20...r.

.....
(imię i nazwisko)

Wyrażam zgodę na odbycie praktyki:

Na opiekuna praktyki wyznaczam:

Wyrażam zgodę na pełnienie
funkcji opiekuna praktyki

.....
(podpis i pieczętka)

.....

.....
(podpis i pieczętka)