

.....
nazwisko i imię studenta

.....
miejscowość, data

.....
nr telefonu

.....
adres email

.....
adres zamieszkania

.....
rok studiów/kierunek/wydział

.....
Dokładna nazwa uczelni

Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o.
w Kartuzach

Podanie o wyrażenie zgody na odbycie praktyk

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie przeze mnie praktyk w **Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o., ul. Floriana Ceynowy 7, 83-300 Kartuzy**

w zakresie:
zakres praktyk wynikający z programu studiów na danym roku

na oddziale

w terminie

w ilości godzin:

.....
podpis studenta

Wypełnia Przyjmujący na praktyki - kierownik (oddziałowa) komórki organizacyjnej

Wyrażam zgodę:

.....
data, czytelna pieczęć imienna osoby przyjmującej na praktyki

Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody*

.....
Podpis Prezesa Zarządu

* niepotrzebne skreślić