Suwałki, dn. ………………………………

……………………………………………………………

Imię i nazwisko

……………………………………………………………

Telefon/adres mail

…………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………

Nazwa i adres placówki

……………………………………………………………

……………………………………………………………

Kierunek, rok nauki

 **Dyrektor
Szpitala Wojewódzkiego
im. dr. Ludwika Rydygiera
w Suwałkach**

Zwracam się z prośbą o umożliwienie odbycia praktyk w Szpitalu Wojewódzkim
im. Ludwika Rydygiera w Suwałkach

Komórka organizacyjna: ………………………………………………………………………………………………………….……………

Termin i ilość godzin praktyki : ………………………………………………………………………………………………………………

Proszę o pozytywne rozpatrzenie mojej prośby.

…………………….……………………

*Czytelny podpis Praktykanta*

*………………………………………………….*

*Podpis wyrażającego zgodę*