

**Podanie o wyrażenie zgody na odbycie praktyk studenckich w Szpitalu  
Powiatowym im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem**

Imię i nazwisko:.....  
Adres:.....  
.....  
.....  
Nr tel.:.....

.....  
(Miejscowość i data)

*Do Dyrektora Szpitala Powiatowego im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem*

Zwracam się z uprzejmą prośbą o możliwość odbycia praktyk studenckich

w.....  
(nazwa oddziału / zakres)

Szpitala Powiatowego im. dr Tytusa Chałubińskiego w Zakopanem w terminie od.....  
.....  
( proponowany termin odbywania praktyk)

Jestem studentem/studentką.....  
(Nazwa uczelni)

.....roku na kierunku.....

na wydziale.....

Z poważaniem: