

Zabrze, dn.

.....
imię i nazwisko

.....
tel.

.....
Uczelnia / kierunek

.....
Rok studiów

Szpital Miejski w Zabrzu sp. z o.o.
ul. Zamkowa 4, 41-803 Zabrze

Podanie o przyjęcie na praktykę

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie praktyki studenckiej w zakresie

..... **W**

(itp. praktyka pielęgnarska / fizjoterapii, itp.)

(komórka organizacyjna)

w okresie od do w wymiarze godzin.

.....
podpis

.....
Zgoda Lekarza Kierującego Oddziałem* lub Pielęgniarki Naczelnej**

*dotyczy praktyk lekarskich po II, III, IV i V roku, a także fizjoterapii

**dotyczy praktyk po I roku kierunek lekarski, pielęgnarski, położniczy,
dietetyka, ratownictwo medyczne

.....
(podpis Prezesa lub osoby upoważnionej)

Osoba wyznaczona na Opiekuna Praktyk:.....

Potwierdzenie terminu praktyki zawodowej/zmiana terminu praktyki na;.....

Praktyka płatna zł (za dzień)

Termin praktyk może ulec zmianie