

.....
imię i nazwisko

.....
miejsowość, data

.....
adres do korespondencji

.....
telefon/e-mail

Szanowny Pan
Prof. dr hab. n. med. Stanisław Gózdź
Dyrektor Świętokrzyskiego Centrum
Onkologii w Kielcach

PODANIE

Zwracam się z prośbą o umożliwienie odbycia praktyk z zakresu

.....
w dziale/klinice/zakładzie

w terminie od.....do..... (.....godz.).

Jestem studentem/kąroku studiów w Wydziale.....

Uczelni
nazwa uczelni

Z poważaniem

Opinia i podpis Kierownika/Koordynatora działu/kliniki/zakładu

.....

.....

Wyrażam zgodę/Nie wyrażam zgody

.....
Podpis Dyrektora