

Katowice, dnia.....

.....
(imię i nazwisko)

.....
(nazwa uczelni)

.....
(rok / kierunek)

.....
(nr telefonu)

PROŚBA

Zwracam się z prośbą o możliwość realizacji praktyk w Bonifraterskim Centrum Medycznym Sp. z o.o. Oddział w Katowicach na oddziale:
w terminie w ilości godzin.

.....
(podpis studenta)

.....
(Podpis Kierownika Oddziału / Pielęgniarki Oddziałowej)

.....
(Dział Personalny)