

Świętochłowice, dnia

.....
Imię Nazwisko

.....
Adres

.....
Telefon

.....
Uczelnia kierująca, wydział

**Zespół Opieki Zdrowotnej
w Świętochłowicach sp. z o.o.
Chorzowska 38
41-605 Świętochłowice**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie zajęć praktycznych z zakresu

..... W
(Oddział, Komórka organizacyjna)

w terminie od dnia do dnia

Wymiar godzinowy zajęć praktycznych wynosi

Zobowiązuję się do zapłaty w pierwszym dniu rozpoczęcia praktyk zawodowych w kasie Szpitala kwotę 2 zł brutto za każdą godzinę praktyki zawodowej (dotyczy praktykantów uczelni, z którą Szpital nie ma podpisanej umowy).

Z poważaniem

.....
(podpis ubiegającego się o praktykę)

Akceptuję

Akceptuję

.....
Podpis Pielęgniarki Oddziałowej/
Ordynatora

.....
Podpis Naczelnej Pielęgniarki/ Z-cy
Dyrektora ds. Lecznictwa