

Żory, dnia

.....
imię i nazwisko studenta

.....

.....
adres

.....
telefon

Miejskie Zakłady Opieki Zdrowotnej
w Żorach Sp. z o. o.
ul. Dąbrowskiego 20
44-240 Żory

Zwracam się z prośbą o przyjęcie mnie na praktykę studencką w Szpitalu
Miejskim w Żorach. Jestem studentem(tką)

.....
nazwa uczelni, wydziału, kierunku

i jestem zobowiązany(na) do odbycia praktyki w

.....
nazwa oddziału, jednostki organizacyjnej szpitala

.....
podpis