

.....
(imię i nazwisko)
.....

....., dnia
(miejscowość i data)

.....
(adres do korespondencji)
.....

.....
(telefon kontaktowy)

Dyrektor Samodzielnego Publicznego Zespołu Opieki Zdrowotnej
w Głubczycach
ul. M.Skłodowskiej-Curie 26
48-100 Głubczyce

Zwracam się z prośbą o umożliwienie odbycia praktyk zawodowych w Samodzielnym Publicznym Zespole Opieki Zdrowotnej w Głubczycach.

Jestem studentem/studentką roku na Wydziale
..... W
(nazwa uczelni – szkoły) (miejscowość)

Miejsce i termin praktyk podano poniżej:

1. w terminie i ilości godzin
(dział/oddział/zakład)
2. w terminie i ilości godzin
(dział/oddział/zakład)
3. w terminie i ilości godzin
(dział/oddział/zakład)

Proszę o pozytywne rozpatrzenie prośby.

Z poważaniem

.....