

.....
miejscowość i data

.....
imię i nazwisko

.....
telefon kontaktowy

.....
adres email

**Sz. P.
Alicja Skindzielewska
Dyrektor
SP ZOZ MSWiA w Białymstoku
im. Mariana Zyndrama – Kościółkowskiego
ul. Fabryczna 27
15-471 Białystok**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie stażu w Oddziale Dziennym Leczenia Nerwic i Psychogeriatрії SP ZOZ MSWiA w Białymstoku im. Mariana Zyndrama – Kościółkowskiego w terminie od do w wymiarze godzin.

.....
.....
.....
.....
.....

(moje kwalifikacje)

.....
podpis osoby ubiegającej się o praktyki