

.....
miejscowość i data

.....
imię i nazwisko

.....
telefon kontaktowy

.....
adres email

.....
nazwa uczelni

.....
Kierunek studiów, rok studiów

**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 praktyk studenckich w zakresie

..... W
.....

SP ZOZ MSWiA w Białymstoku im. Mariana Zyndrama – Kościółkowskiego w terminie od
do w wymiarze godzin.

.....
podpis osoby ubiegającej się o praktyki

.....
zgoda kierownika komórki organizacyjnej
SP ZOZ MSWiA w Białymstoku
im. Mariana Zyndrama – Kościółkowskiego