

.....  
(nazwisko i imię)

Radom, dnia .....

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(adres zamieszkania c.d.)

.....  
(numer telefonu)

.....  
(PESEL)

Zarząd  
Mazowieckiego Szpitala  
Specjalistycznego Sp. z o. o.  
ul. Juliana Aleksandrowicza 5  
26-617 Radom

### P O D A N I E

Zwracam się z prośbą o umożliwienie mi odbycia praktyk studenckich/zawodowych w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o. o. z siedzibą w Radomiu.

Jestem studentem/słuchaczem ..... roku wydziału .....

na ..... W .....  
(nazwa uczelni- szkoły) (miejsowość)

Praktykę w ilości ..... godzin chciałbym/chciałabym odbywać w:

1. .... w terminie .....  
(nazwa działu / oddziału/ zakładu) (dokładny termin)

2. .... w terminie .....  
(nazwa działu / oddziału/ zakładu) (dokładny termin)

3. .... w terminie .....  
(nazwa działu / oddziału/ zakładu) (dokładny termin)

Wyrażam zgodę na pokrycie kosztów zorganizowania i przeprowadzenia praktyki przez Mazowiecki Szpital Specjalistyczny Sp. z o.o.

Oświadczam, że zapoznałem/am się z treścią Regulaminu realizacji praktyk studenckich i zawodowych obowiązującym w Mazowieckim Szpitalu Specjalistycznym Sp. z o.o i zobowiązuję się do jego przestrzegania.

.....  
(podpis studenta/słuchacza)

**Wypełnia Szpital**

**Potwierdzenie miejsca i terminu praktyki:**

**Rodzaj zawieranej umowy:**

ze studentem

z uczelnią

**Wyrażam zgodę na odbycie praktyki**

.....  
(podpis pracownika dokonującego uzgodnień)

.....  
(podpis Prezesa/Dyrektora)