……, dnia …… r.
miejscowość

PRZYJĘCE NA PRAKTYKĘ ZAWODOWĄ

Niniejszym oświadcza się, że *

……

……

(Nazwa i adres jednostki ochrony zdrowia)

przyjmie studentkę/-ta *…… nr albumu……
(imię i nazwisko)

……., Pielęgniarstwo/Ratownictwo Medyczne , ……*,
(Wydział) (rok studiów)

Oświadczenie o przyjęciu na praktykę zawodową

W terminie :	od …… do……
W wymiarze * :	……godzin
Z zakresu zajęć * :	…… …… ……

Jednocześnie potwierdza się, że jednostka wyrażające zgodę dysponuje niezbędną bazą i sprzętem do realizacji ww. praktyki

……
(Podpis i pieczątka przyjmującego na praktykę)

*uzupełnia student