

Załącznik nr 1 do Regulaminu

Formularz zgłoszenia na praktykę w Szpitalu

1. Imię i nazwisko
2. Adres zamieszkania/tel
3. Adres do korespondencji/tel
3. Nazwa szkoły/ uczelni
4. Szkoła/ uczelnia państwowa; szkoła/ uczelnia prywatna *
4. Miejsce odbycia praktyki zawodowej/ studenckiej; oddział/ dział
-
5. Ilość godzin praktyk zawodowych/ studenckich
6. Termin odbycia praktyki zawodowej/ studenckiej od..... do

* niepotrzebne skreślić

