

.....
imię i nazwisko

Przemyśl, dn

.....
adres do korespondencji

.....
telefon\e-mail

**Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Przemyślu SPZOZ,
ul. J. Słowackiego 85, 37-700 Przemyśl**

PODANIE

Zwracam się z prośbą o umożliwienie odbycia praktyk studenckich z zakresu
..... w ,

w terminie od do (.godz.)

Jestem studentem roku studiów na wydziale

..... W
nazwa uczelni

.....
podpis studenta/ki

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych we wniosku dla potrzeb niezbędnych do realizacji praktyki.

.....
podpis studenta/ki