

.....
Miejsce i data

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon kontaktowy

Pani
Izabela Marcewicz-Jendrysik
Dyrektor Narodowego Instytutu Geriatrii,
Reumatologii i Rehabilitacji
ul. Spartańska 1
02-637 Warszawa

PODANIE

Uprzejmie proszę o przyjęcie na staż/praktykę* z
w ramach specjalizacji/studiów/szkoły* w dziedzinie/na kierunku*
..... w terminie
do Kliniki/Zakładu*
Jestem lekarzem/mgr fizjoterapii/studentem/słuchaczem* w
.....

.....
Podpis/pieczętka

.....
Podpis i pieczętka Kierownika
Kliniki/Zakładu NIGRiR

*niewłaściwe skreślić