

.....
Miejsce i data

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Telefon kontaktowy

Pani
dr hab. n. med. Maria Maślińska, prof. NIGRiR
Pełnomocnik Dyrektora ds. Kształcenia
Interdyscyplinarnego
Narodowego Instytutu Geriatrii, Reumatologii
i Rehabilitacji
ul. Spartańska 1
02-637 Warszawa

PODANIE

Uprzejmie proszę o przyjęcie na staż/praktykę/wolontariat* 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