………………………..

(miejscowość i data)

…………………………………

…………………………………

…………………………………

…………………………………

(imię i nazwisko, adres i nr telefonu)

**Komendant**

**7 Szpitala Marynarki Wojennej z Przychodnią SP ZOZ**

**w Gdańsku**

**kmdr dr n. med. Krzysztof SZABAT**

**ul. Polanki 117**

**80-305 Gdańsk**

PODANIE

W związku z realizowaną specjalizacją w dziedzinie ………………………………………… zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie stażu kierunkowego w zakresie …………………………………….………na Oddziale ……………………………………….

w okresie od ……………………………….do………………………………..

Czas trwania stażu kierunkowego (w dniach) ……………………..

…………………………………

(podpis )

Wyrażam zgodę na proponowany termin

……………………………………………

(data i podpis Ordynatora/Kierownika Oddziału)