………………………..

 (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)