

.....
(miejsowość 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 oddo.....
Czas trwania stażu kierunkowego (w godzinach)

.....
(podpis)

Wyrażam zgodę na proponowany termin

.....
(data i podpis Ordynatora/Kierownika Oddziału)