

.....
(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

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie wolontariatu na Oddziale

..... w charakterze

w okresie oddo.....

Przewidywana miesięczna ilość godzin.....

.....
(podpis)

Wyrażam zgodę na proponowany termin

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