

	ZŁ/01 - PP/03 - ZZ Podnoszenie kwalifikacji zawodowej	Wydanie: 1 Data wydania: Lipiec 2025r. Strona 1 z 1
	INSTYTUT CENTRUM ZDROWIA MATKI POLKI DZIAŁ INFORMACJI NAUKOWEJ (DIN)	

SKIEROWANIE

**do odbycia praktyki studenckiej / zawodowej
w Instytucie Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi**

Łódź, dn.:

.....
(pieczęć nagłówkowa placówki)

Szanowna Pani / Szanowny Panie

.....
(Imię, nazwisko osoby funkcyjnej)

Kierownik:
(komórka organizacyjna ICZMP, tj.: klinika, oddział, zakład, itp.)

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie studenta/ki roku Wydziału:

..... W

Pani/a

posiadającej/ego legitymację nr: **na praktykę od dnia** r.

do dnia r.

Praktyki z zakresu

w wymiarze**godzin** (.....**tygodnie**).

.....
(Data, podpis i pieczęć Dyrektora ICZMP lub
osoby upoważnionej przez Dyrektora ICZMP)