

.....
(miejsowość i data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(telefon)

.....
(adres e-mail)

**Dyrektor
Kujawsko-Pomorskiego Centrum
Pulmonologii w Bydgoszczy**

Wniosek w sprawie odbycia stażu kierunkowego

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie stażu kierunkowego w
Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy
w

.....
.....
(nazwa komórki organizacyjnej)

w zakresie

.....
.....
w ramach specjalizacji z

.....
.....
w terminie od..... do

.....
(data i podpis wnioskodawcy, pieczętka)

.....
(zgoda kierownika komórki organizacyjnej)

.....
(zgoda Dyrektora)