………………………………… ……………………………..

(imię i nazwisko)

 (miejscowość i data)

…………………………………

( adres)

…………………………………

(telefon)

…………………………………

(adres e-mail)

**Dyrektor**

**Kujawsko-Pomorskiego Centrum**

**Pulmonologii w Bydgoszczy**

**Wniosek w sprawie odbycia części personalizowanej
stażu podyplomowego**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie stażu personalizowanego

w Kujawsko-Pomorskim Centrum Pulmonologii w Bydgoszczy

w:

……………………………………………………………………………………………………..

 (nazwa komórki organizacyjnej)

w zakresie

……………………………………………………………………………………………………

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

 ………………………………….

(data i podpis wnioskodawcy, pieczątka)

………………………………………………………..

(zgoda kierownika komórki organizacyjnej)

 ……………………………………………………..