

**Formularz zgłoszenia na praktykę  
w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Sp. z o.o.**

**Wnioskodawca:**

Imię i nazwisko .....

Adres do korespondencji .....

Telefon.....E- mail .....

Nazwa Uczelni.....

Wydział..... Kierunek..... Rok/semestr studiów.....

Nazwa oddziału/komórki organizacyjnej .....

Termin praktyki .....

Liczba godzin praktyki .....

*Wyrażam zgodę na pokrycie kosztów zorganizowania i przeprowadzenia praktyki przez Mazowiecki Szpital Wojewódzki im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Spółka z o.o.<sup>1</sup>*

*Oświadczam, że zapoznałem/zapoznałam się i przyjmuję do stosowania Regulamin praktyk w zawodach medycznych i innych mających zastosowanie w ochronie zdrowia oraz Regulamin Organizacyjny obowiązujący w Mazowieckim Szpitalu Wojewódzkim im. św. Jana Pawła II w Siedlcach Spółka z o.o.*

.....  
data i podpis praktykanta

**Kierownik komórki organizacyjnej:** Potwierdzam możliwość przyjęcia praktykanta na praktykę:

.....  
wyznaczam na opiekuna (podać imię i nazwisko)

.....  
data i podpis kierownika komórki organizacyjnej

**Zespół Promocji i Edukacji Zdrowotnej:** Potwierdzam złożenie przez praktykanta dokumentów wymaganych do realizacji praktyk.

.....  
data i podpis pracownika Zespołu Promocji i Edukacji Zdrowotnej

<sup>1</sup> Zwolnieni z opłaty zgodnie z regulaminem są: pracownicy, dzieci pracowników lub za zgodą Zarządu w innych uzasadnionych okolicznościach.