…………………………………….. Wrocław, dnia…………….

(imię i nazwisko)

……………………………………..

(adres zamieszkania z kodem pocztowym)

Nr indeksu:………………………..

Telefon:……………………………

e-mail:……………………………..

**Sz. P.**

**………………………………………………**

**Dziekan Wydziału Farmaceutycznego**

**Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu**

**Podanie**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie sześciomiesięcznej praktyki zawodowej w województwie…………………………………………………………..

w aptece……………………………………………………………………….............................

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

(dokładny adres apteki, numer telefonu)

Uzasadnienie:

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

Decyzja Dziekana Z wyrazami szacunku

………………………………… ……………………………………..

(pieczątka i podpis) (podpis studenta)