

Administratorem danych zawartych w niniejszym wniosku jest SP ZOZ Szpital Specjalistyczny Nr 1 w Bytomiu. Dane osobowe będą przetwarzane w celu prawidłowego wykonywania obowiązków wymienionych w niniejszym wniosku. Podstawą prawną przetwarzania danych jest wykonywanie prawnego obowiązku ciążącego na administratorze. Dane mogą zostać udostępnione wyłącznie podmiotom upoważnionym na podstawie przepisów prawa. Przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych i ich poprawiania. Podanie danych jest dobrowolne, ale niezbędne do odbycia praktyk.

.....
Imię Nazwisko

Bytom, dniar.

.....
Adres

.....
Telefon

.....
Uczelnia kierująca, wydział

**Dyrektor
SP ZOZ Szpitala Specjalistycznego
Nr 1 w Bytomiu**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na odbycie zajęć praktycznych
z zakresu W
(Oddział, Komórka organizacyjna)

SPZOZ Szpitala Specjalistycznego Nr 1 w Bytomiu w terminie od dnia
do dnia Wymiar godzinowy zajęć praktycznych wynosi

Zobowiązuję się do zapłaty w pierwszym dniu rozpoczęcia praktyk zawodowych w kasie szpitala kwotę 70,00 zł. brutto za korzystanie ze środków czystości i ochrony osobistej w trakcie odbywania praktyk zawodowych.

Z poważaniem

.....
(podpis ubiegającego się o praktykę)

AKCEPTUJĘ

Na opiekuna praktyk wyznaczam:

AKCEPTUJE

.....
(podpis Kierownika komórki /
Kierownika Oddziału
prowadzącego praktykę)

.....

.....
(podpis Dyrektora)