



Mazowiecka Uczelnia Medyczna w Warszawie Wydział Nauk Medycznych

.....
pieczęć szkoły wyższej

Warszawa, dnia201.....r.

SKIEROWANIE NA PRAKTYKĘ ZAWODOWĄ

Mazowiecka Uczelnia Medyczna w Warszawie kieruje na praktykę zawodową

Pana/Panią

(imię i nazwisko)

studentkę/a / Wydziału Nauk Medycznych, kierunku.....
(semestr / rok studiów)

do

.....

.....

(nazwa i adres zakładu pracy)

- Uprzejmie prosimy o wyznaczenie opiekuna z ramienia Zakładu Opieki Zdrowotnej

.....
(pieczęć i podpis osoby upoważnionej)

Mazowiecka Uczelnia Medyczna w Warszawie

ul. Rydygiera 8, 01-793 Warszawa

Dziekanat tel. 662-215-628 mail: dziekanat@mum.edu.pl Kwestura tel. 662-215-734 mail: kwestura@mum.edu.pl

www.mum.edu.pl