…………………………………….. 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