

.....
(miejsowość, data)

SKIEROWANIE NA PRAKTYKĘ

CZĘŚĆ I – WYPEŁNIA SZKOŁA/UCZELNIA

Imię i nazwisko:

Dane kontaktowe:

Uczelnia:

Kierunek:

Rok studiów:

Komórka organizacyjna:

Termin praktyk: Liczba godz./dni:

Dodatkowe uwagi:

Szkoła/Uczelnia kieruje w/w ucznia/studenta na praktyki w Pałuckim Centrum Zdrowia Sp. z o. o. w Żninie zgodnie z porozumieniem z dnia

Skierowanie jest ważne od dnia wystawienia przez Szkołę/Uczelnię do

CZĘŚĆ II – DANE DO WYSTAWIENIA FAKTURY

Nazwa i adres siedziby szkoły/uczelni:
NIP:
Nazwa banku i nr konta bankowego:



Pieczęć szkoły/uczelni kierującej