

Gdańsk, dnia .....

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres zamieszkania)

.....  
(nr tel.)

.....  
(e-mail)

**Komendant  
7 Szpitala Marynarki Wojennej z Przychodnią SP ZOZ  
w Gdańsku**

**WNIOSEK  
W SPRAWIE ODBYCIA STAŻU PSYCHOTERAPEUTYCZNEGO  
w 7 Szpitalu Marynarki Wojennej**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na odbycie stażu psychoterapeutycznego/absolwenckiego  
(niepotrzebne skreślić) w

.....  
(nazwa komórki organizacyjnej, w której będzie odbywany staż)

w terminie od ..... do ..... tj. .... dni

w celu .....

.....  
(podpis wnioskodawcy)

Potwierdzam możliwość odbycia stażu

.....  
(data, podpis i pieczęć Kierownika komórki organizacyjnej)

Potwierdzam przyjęcie obowiązków Opiekuna stażu

.....  
(data, podpis i pieczęć Opiekuna stażu)

|decyzja Komendanta 7 Szpitala MW