

Leszno, ..... r.

.....  
(imię i nazwisko)

.....

.....

(adres)

**tel.kontaktowy:**

**emeil:**

**Dyrektor  
Wojewódzkiego Szpitala Wielospecjalistycznego  
im. dr. Jana Jonstona  
w Lesznie  
ul. Kiepury 45  
64-100 Leszno**

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na realizację wolontariatu  
w WSW w Lesznie:  
w Oddziałach: ....., w terminie  
od..... do....., tj..... godzin.

Prośbę swą motywuję:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Przed rozpoczęciem praktyki dostarczę wszystkie wymagane dokumenty.

Z poważaniem

.....  
(podpis)

Akceptacja ordynatora/ lekarza kierującego oddziałem/  
Zakładowego opiekuna praktyk:

.....

**Warunki rozpoczęcia wolontariatu:**

- aktualne badania san-epid., potwierdzenie szczepienia WZW
- przedstawienie ubezpieczenia NW
- własna odzież ochronna , identyfikator