

Warszawski Uniwersytet Medyczny Dziekanat Wydziału Lekarskiego
ul. Żwirki i Wigury 61, 02-091 Warszawa

Warszawa, dnia .....................

**SKIEROWANIE**

Dziekanat Wydziału Lekarskiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego kieruje Pana(ią),

…………………………………………. Studenta(kę) …………………….. roku studiów kierunku lekarskiego do:

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

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

(nazwa zakładu pracy/podmiotu leczniczego i adres odbywania praktyk)

celem odbycia praktyk zawodowych w terminie ………………………………………………………………..
Warszawski Uniwersytet Medyczny zawarł umowę ubezpieczenia Odpowiedzialności Cywilnej
Nr 436000260276 z ERGO HESTIA.

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

(podpis i pieczęć osoby uprawnionej)

Wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych takich jak: imię i nazwisko oraz forma i kierunek studiów, do:

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

(nazwa zakładu pracy/podmiotu leczniczego)

w związku z odbywaniem przeze mnie praktyki studenckiej.

Warszawa, ..........................................................

(data, imię, nazwisko i podpis studenta)