



Wyższa Szkoła Mazowiecka
Wydział Nauk Medycznych
Kierunek Fizjoterapia

....., dnia

.....
imię i nazwisko

.....
kierunek - tryb studiów

...../...../.....
semestr - grupa nr albumu

.....
adres

.....
adres e-mail (czytelnie)

.....
telefon

.....
**Dyrektor / Kierownik
placówki Służby Zdrowia**

Wyrażam zgodę na odbycie ćwiczeń klinicznych w zakresie fizjoterapii w:

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

1. Oddział

2. Opiekun ćwiczeń klinicznych

3. Termin ćwiczeń klinicznych

.....
pieczętka placówki

.....
Dyrektor / Kierownik
placówki Służby Zdrowia

Wyższa Szkoła Mazowiecka w Warszawie

Al. Jerozolimskie 65/79 00-697 Warszawa

Dziewiat 22 374 22 91-92 dziewiat@wsmw.edu.pl, Kwestura 22 498 46 09 kwestura@wsmw.edu.pl