



WARSZAWSKI
UNIwersYTET
MEDYCZNY

WYDZIAŁ
LEKARSKI



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 1101356412 z PZU S.A.

.....

(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)