

....., dnia..... r.

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(ADRES)

.....
(TELEFON)

.....
(PESEL)

.....
(ADRES MAILOWY)

PODANIE

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie mnie na kurs w zakresie Przyjmowania, realizacji i dokumentowania zleceń lekarskich przez pielęgniarki i położne organizowanym w okresie organizowany/e przez firmę SERV MED.

Z poważaniem,

.....

* Niepotrzebne skreślić