

.....
(miejsowość, data)

.....
(nazwa firmy, adres)

**Dyrekcja
Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II w Nowym Targu
ul. Szpitalna 14
34- 400 Nowy Targ**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na zorganizowanie spotkania szkoleniowego z Pracownikami Podhalańskiego Szpitala Specjalistycznego im. Jana Pawła II w Nowym Targu.

W spotkaniu szkoleniowym uczestniczyć będą Pracownicy: oddziału / pracowni / zakładu / poradni / komórki organizacyjnej (*)

.....
Spotkanie szkoleniowe odbędzie się:

- w dniu w godzinach od do

Temat spotkania szkoleniowego

.....
Spotkanie zorganizowane i przeprowadzone będzie przez Panią / Pana (*)

.....
(podpis osoby upoważnionej do reprezentowania firmy)

WYRAŻAM ZGODĘ / NIE WYRAŻAM ZGODY (*)

.....
(Podpis Zastępcy Dyrektora ds. Lecznictwa)