

..... dnia .....20..... r.

.....  
(Imię i nazwisko)

.....  
(Miejsce pracy)

.....  
(Komórka organizacyjna)

## S k i e r o w a n i e

Kieruje Panią..... na kurs .....  
(Nazwa specjalizacji, kursu, szkolenia)

.....  
organizowany przez.....  
( Organizator)

.....  
planowany termin realizacji kursu.....koszt kursu.....

Kurs muszę odbyć ze względu na .....

Oświadczam, że wykonuję indywidualną praktykę pielęgniarstwa/położniczą zarejestrowaną pod

Nr..... w dniu.....

.....  
(Podpis wnioskodawcy)

- dotyczy osób wykonujących działalność gospodarczą