

....., dnia.....

.....
imię i nazwisko

.....
adres zamieszkania

e-mail:

Numer telefonu:

Szanowny Pan
Piotr Wroński
Zastępca Dyrektora ds. medycznych

Szpital Specjalistyczny
im. J. K. Łukowicza w Chojnicach

WNIOSEK O WOŁONTARIAT

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przyjęcie mnie na wolontariat w:

.....
(nazwa Oddziału / Zakładu / Działu)

w okresie od r. do r.

Uzasadnienie:
.....
.....
.....

.....
(podpis osoby składającej wniosek)

Decyzja Ordynatora/Kierownika:

- ☐ **zgoda**
☐ **brak zgody**

.....
(podpis)

- ☐ **zgoda**
☐ **brak zgody**

.....
Z-ca Dyrektora ds. medycznych