

.....  
(miejsowość, data)

.....  
(nazwa firmy, adres)

**Dyrekcja**

**Szpitala Specjalistycznego Chorób Płuc „Odrodzenie”**

**Im. Klary Jelskiej w Zakopanem**

**Ul. Gładkie 1**

**34 – 500 Zakopane**

Zwracam się z prośbą o wyrażenie zgody na zorganizowanie spotkania/szkolenia z Pracownikami Szpitala Specjalistycznego Chorób Płuc „Odrodzenie” im. Klary Jelskiej w Zakopanem.

W spotkaniu/szkoleniu uczestniczyć będą Pracownicy Oddziału / Zakładu / Poradni / Komórki organizacyjnej / Zewnętrzny Personel Medyczny\* .....

Spotkanie / szkolenie odbędzie się w dniu ..... w godzinach od ..... do .....

Temat spotkania / szkolenia .....

Przewidywany czas spotkania / szkolenia to 30 minut / powyżej 30 minut \*

Termin spotkania został ustalony i wstępnie zaakceptowany przez .....

Spotkanie zorganizowane i przeprowadzone będzie przez Panią / Pana \* .....

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

**WYRAŻAM ZGODĘ / NIE WYRAŻAM ZGODY \***

.....  
(Podpis Zastępcy Dyrektora ds. Pielęgniarstwa i Administracji)

\*niepotrzebne skreślić