

.....
imię i nazwisko

.....
.....
.....
Adres/tel./e-mail

ZARZĄD
SZPITALA MIEJSKIEGO W GLIWICACH SP. Z O.O.
UL. ZYGMUNTA STAREGO 20
44-100 GLIWICE

.....
.....
(komórka organizacyjna)

PODANIE O PRZYJĘCIE NA WOŁONTARIAT

Zwracam się z uprzejmą prośbą o wyrażenie zgody na wykonywanie świadczeń
wolontarystycznych w

(komórka organizacyjna)

Szpitala Miejskiego w Gliwicach Sp. z o.o. w okresie od
do

.....
Zgoda Kierownika komórki organizacyjnej

.....
podpis wolontariusza

Załączniki :

- 1) *Orzeczenie Lekarskie*
- 2) *Orzeczenia Lekarskiego do celów sanitarno – epidemiologicznych (książeczka sanepidowska)*
- 3) *Kserokopia polisy NNW i OC*
- 4) *Zgoda na przetwarzanie danych osobowych*