на офіційному бланку закладу охорони здоров'я (ЗОЗ)

В.о. ректора
Львівського національного
медичного університету
імені Данила Галицького

Оресту ЧЕМЕРИСУ

Адміністрація

____

назва ЗОЗ

____

не заперечує проти проходження виробничої практики «Сестринська практика в хірургічному, терапевтичному, педіатричному відділенні стаціонару» (необхідне підкреслити) **01.07.2024 по 21.07.2024** студентом **ІІІ** курсу ________ групи медичного факультету №_____

____

прізвище, ім'я, по-батькові

____

назва ЗОЗ

відповідає вимогам щодо бази практики

Керівник ЗОЗ

____

підпис, печатка

Дата