



**KMU Polish
Campus**

**KMU Polish
Campus**

NIP 2050006224

вул. Вроцлавська, 120
м. Битом, 41-902, Польща

120 Wroclawska Street
Bytom, 41-902, Poland

вул. Завіши Чарного, 5
м. Катовіце, 40-872, Польща

5 Zawiszy Czarnego Street
Katowice, 40-872, Poland

tel. +48 452 239 662

polishcampus@kmu.edu.ua



**International
Accreditation**

**General
Medical
Council**



REFERRAL / НАПРАВЛЕННЯ

Kyiv Medical University, Polish campus

Київський медичний університет, філія в Польщі

refers Mr./Ms. to vocational clerkship / направляє пана/пані на виробничу практику:

First and last name / Ім'я та прізвище:

Year of study / Рік навчання: _____ **/ group/група** _____:

Study program (please select) / Освітня програма (вказіть):

- ☐ **Medicine** (Медичний факультет)
☐ **Dentistry** (Стоматологічний факультет)
☐ **Pharmacy** (Фармацевтичний факультет)

Name of clerkship / Назва практики:

Clerkship period / Період проходження практики:

_____ 2026 – _____ 2026

Please indicate the name and address of the institution where the student will undertake the clerkship / Вказати назву та адресу закладу, де буде проходити дана особа практику

Approved by the university / Погоджено з боку університету

PhD in Medicine, Associate Professor Olena Khomiak – Dean of Polish campus

к.мед.н., доцент Олена Хомяк - декан по роботі з Польським кампусом

Signature and stamp / Підпис і печатка

STUDENT CONSENT / ЗГОДА СТУДЕНТА

I consent to the transfer of my personal data (first and last name, form of study, field of study, group) to the healthcare institution indicated above, in connection with my participation in a student's vocational clerkship.

Я надаю згоду на передачу моїх персональних даних (ПІБ, форма навчання, напрям, група) до вказаного вище закладу охорони здоров'я у зв'язку з проходженням мною студентської виробничої практики.

Katowice, date / Катовиці, дата: _____

Full name and signature of the student / ПІБ та підпис студента:



**International
Accreditation**

**General
Medical
Council**



**CONFIRMATION BY THE INSTITUTION / ПІДТВЕРДЖЕННЯ ЗАКЛАДУ
ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я**

**The healthcare institution indicated above does not object to the student's
internship during the specified period /**

Заклад охорони здоров'я, зазначений вище, не заперечує проти
проходження студентом практики у вказаний період.

First and last name, position / ПІБ, посада:

Signature and stamp / Підпис і печатка:

 **This document has been prepared in two copies: one for the healthcare
institution and one for the university.**

 **Даний документ складено у двох примірниках: один — для закладу
охорони здоров'я, другий — для університету.**