



**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**



SKIEROWANIE / НАПРАВЛЕННЯ

Kijowski Uniwersytet Medyczny, oddział w Polsce

Київський медичний університет, філія в Польщі

kieruje Pana/Panią na praktykę zawodową

направляє пана/пані на виробничу практику:

Imię i nazwisko / Ім'я та прізвище:

Rok studiów / Рік навчання: _____ **/ grupa/група:** _____

Kierunek studiów (zaznaczyć) / Освітня програма (вказіть):

☐ **Kierunek lekarski** (Медичний факультет)

☐ **Kierunek dentystyczny** (Стоматологічний факультет)

☐ **Kierunek farmaceutyczny** (Фармацевтичний факультет)

Nazwa praktyki / Назва практики:

Okres praktyki / Період проходження практики:

_____ 2026 – _____ 2026

Proszę wskazać nazwę oraz adres zakładu, w którym dana osoba będzie

odbywać praktykę / Вказати назву та адресу закладу, де буде проходити
dana osoba praktykę

Zatwierdzono przez uczelnię / Погоджено з боку університету

Dr n. med., adiunkt Olena Khomiak – Dziekan Oddziału w Polsce

к.мед.н., доцент Олена Хомяк, декан по роботі з філією в Польщі

Podpis i pieczęć / Підпис і печатка

ZGODA STUDENTA / ЗГОДА СТУДЕНТА

Wyrażam zgodę na przekazanie moich danych osobowych (imię, nazwisko, forma, kierunek studiów, grupa) do zakładu opieki zdrowotnej wskazanego powyżej, w związku z odbywaniem przeze mnie praktyki zawodowej.

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, dnia / Катовиці, дата: _____

Imię, nazwisko i podpis studenta / ПІБ та підпис студента:



**POTWIERDZENIE ZAKŁADU / ПІДТВЕРДЖЕННЯ ЗАКЛАДУ ОХОРОНИ
ЗДОРОВ'Я**

**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

**Podmiot leczniczy wskazany powyżej nie wyraża sprzeciwu wobec
odbywania przez studenta praktyki studenckiej w ww. terminie.**

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

Imię i nazwisko, stanowisko / ПІБ, посада:

Podpis i pieczęć / Підпис і печатка:

 **Niniejszy dokument sporządzono w dwóch egzemplarzach: jeden — dla
podmiotu leczniczego, drugi — dla uczelni.**

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



**International
Accreditation**

**General
Medical
Council**

