



.....
(pieczętka uczelni)

Warszawa, dnia

Potwierdzenie odbycia ćwiczeń klinicznych

Imię i nazwisko

Nr albumu semestr tryb studiów.....

Miejsce praktyk (nazwa i adres zakładu pracy):

.....
.....
.....

.....
(pieczętka zakładu pracy)

Data rozpoczęcia

Data zakończenia

Zakres prowadzonej działalności zakładu, w którym jest odbywana praktyka:

.....
.....
.....



KARTA TYGODNIOWA

Opinia opiekuna praktykanta z ramienia firmy

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
(pieczęć i podpis opiekuna praktyk z ramienia firmy)