



.....
(pieczętka uczelni)

Warszawa, dnia

Potwierdzenie odbycia praktyk wstępnych

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:

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



Wyższa Szkoła Mazowiecka
Wydział Nauk Medycznych
Kierunek Fizjoterapia

Opinia opiekuna praktykanta z ramienia firmy

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

Ocena

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