**Praktyka w jednostce leczniczej**

**140 godzin**

…………………………………………. …………………………………………….

imię i nazwisko studenta rok akademicki

…………………………………………..

numer albumu (indeksu)

…………………………………………….

adres e mail

……………………….…………………

rok, semestr i kierunek studiów

……………………………………………

tryb studiów

………………………………….…………………..……

nazwa i adres placówki, w której odbyła się praktyka

**SPRAWOZDANIE STUDENTA Z ODBYTEJ PRAKTYKI**

Poznań…………………….. ………………………………

podpis studenta