**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