Wydział Farmaceutyczny
Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu
rok akademicki: 2019 / 2020

Zaświadczenie o odbyciu i zaliczeniu

PRAKTYKI WAKACYJNEJ PO IV ROKU STUDIÓW

…….....
NAZWA JEDNOSTKI / PIECZĘĆ

.....
NAZWISKO I IMIĘ KIEROWNIKA JEDNOSTKI

….....
NAZWISKO I IMIĘ OPIEKUNA PRAKTYKI W JEDNOSTCE

.....
IMIĘ I NAZWISKO STUDENTA / NR ALBUMU / NR SKIEROWANIA NA PRAKTYKĘ

Termin praktyki .....

Niniejszym potwierdzam odbycie i zaliczenie praktyki ww. Studenta

.....
DATA, PIECZĄTKA I PODPIS
OPIEKUNA PRAKTYKI W JEDNOSTCE

Zaliczenie praktyki w Katedrze i Zakładzie Technologii Postaci Leku

Data zaliczenia .....

Ocena.....

.....
PODPIS NAUCZYCIELA AKADEMICKIEGO

.....
PODPIS I PIECZĘĆ WYDZIAŁOWEGO
KIEROWNIKA STUDENCKICH PRAKTYK
WAKACYJNYCH I ZAWODOWYCH