

<b>Skierowanie na odbycie praktyki w WZLP w Olsztynie</b>
---

<b>Imię i nazwisko studenta:</b>	
<b>Wydział:</b>	
<b>Kierunek:</b>	
<b>Specjalność:</b>	
<b>Rok studiów:</b>	
<b>Rodzaj praktyki:</b>	
<b>Oddział, na którym ma być odbyta praktyka:</b>	
<b>Termin:</b>	
<b>Ilość godzin:</b>	
<b>Program praktyki:</b>	
<b>Osoba nadzorująca ze strony Uczelni kierującej:</b>	

Oddział Podmiotu Leczniczego:	
Możliwy do odbycia termin praktyki:	
Osoba wyznaczona do opieki nad studentem z ramienia Uczelni:	
Podpis Koordynatora praktyki:	
Oddział WZLP:	
Możliwy do odbycia termin praktyki:	
Osoba wyznaczona do opieki nad studentem z ramienia WZLP w Olsztynie:	
Podpis Koordynatora praktyki:	

<b>Ostateczna decyzja Dyrektora WZLP w Olsztynie</b>	
--	--