………………………………………………………………….…..

*(imię i nazwisko studenta)*

**Karta przebiegu praktyki**

|  |  |
| --- | --- |
| **Data** | **Wykonywane czynności** |
|  |  |

…………………………………............................ ……………………………………

pieczęć ogólna kliniki/oddziału/poradni/gabinetu pieczęć i podpis opiekuna praktyki

z ramienia klinki/oddziału/poradni/gabinetu