Białystok, dn. …

Imię NAZWISKO … Nr albumu: … Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej Uniwersytet Medyczny w Białymstoku Zakład … / Samodzielna Pracownia …

INDYWIDUALNY PROGRAM STUDIÓW

**ROK I (2016/2017)**

Semestr I

1. …………..
2. …………..
3. …………..

Semestr II

1. …………..
2. …………..
3. …………..

**ROK II (2017/2018)**

Semestr III

1. …………..
2. …………..
3. …………..

Semestr IV

1. …………..
2. …………..
3. …………..

**ROK III (2018/2019)**

Semestr V

1. …………..
2. …………..
3. …………..

Semestr VI

1. …………..
2. …………..
3. …………..

**ROK IV (2019/2020)**

Semestr VII

1. …………..
2. …………..
3. …………..

Semestr VIII

1. …………..
2. …………..
3. …………..

………………………………………………..

*Podpis doktorantki / doktoranta*

 *………………………………………………..*

 *Podpis opiekuna naukowego*

*…………………………………………………*

*Podpis kierownika studiów doktoranckich*