Białystok, dn. …

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

SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI INDYWIDUALNEGO PROGRAMU STUDIÓW

**ROK I (2016/2017)**

Semestr I

1. …………..
2. …………..
3. …………..

………………………………………………..

*Podpis doktorantki / doktoranta*

*………………………………………………..*

*Podpis opiekuna naukowego*

*…………………………………………………*

*Podpis kierownika studiów doktoranckich*