

**Skierowanie na odbycie praktyki w W-MCCHP w Olsztynie**

<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>	

Wypełnia WSSD

<b>Oddział Szpitala:</b>	
<b>Możliwy do odbycia termin praktyki:</b>	
<b>Osoba wyznaczona do opieki nad studentem z ramienia W-MCCHP w Olsztynie:</b>	
<b>Podpis Ordynatora:</b>	

<b>Ostateczna decyzja Dyrektora W-MCCHP w Olsztynie:</b>	
--	--