

<b>Skierowanie na odbycie praktyki w WSS 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>	

Wypełnia WSS

Oddział Szpitala:	
Możliwy do odbycia termin praktyki:	
Osoba wyznaczona do opieki nad studentem z ramienia WSS w Olsztynie:	
Podpis Ordynatora:	
Oddział Szpitala:	
Możliwy do odbycia termin praktyki:	
Osoba wyznaczona do opieki nad studentem z ramienia WSS w Olsztynie:	
Podpis Ordynatora:	

<b>Ostateczna decyzja Dyrektora WSS w Olsztynie:</b>	
--	--