Akademia WSB
ul. Cieplaka 1C
41-300 Dąbrowa Górnicza
Tel. (32) 262-28-05

Dąbrowa Górnicza, dnia. ……..... r.

Rejestr nr: …….

Wydział:

DĄBROWA GÓRNICZA / GLIWICE/ KATOWICE / TYCHY *

*Podkreślić prawidłowe

……...……..

……..……

……..……

Nr. RPWDL …….

(nazwa i adres podmiotu oraz nr Podmiotu leczniczego w rejestrze RPWDL)

SKIER OWANIE NA PRAKTYKĘ ZAWODOWĄ KIERUNEK FIZJOTERAPIA AKADEMIA WSB W DĄBROWIE GÓRNICZEJ

Zgodnie z planem studiów i programem kształcenia kieruje się Pana/Panią* ……. nr albumu ……..……. studenta/-kę* …… semestru studiów stacjonarnych/niestacjonarnych* na kierunku **FIZJOTERAPIA** do odbycia obowiązkowej praktyki w terminie: od …… do ……..w ilości godzin dydaktycznych …… w zakresie (nazwa praktyki) …… z semestru …..……., na podstawie porozumienia zawartego między Akademią WSB, ul. Cieplaka 1c w Dąbrowie Górniczej reprezentowanej przez Rektora lub upoważnionego Pełnomocnika Rektora ds. Praktyk Zawodowych a ww. zakładem pracy, reprezentowanym przez Dyrektora (Kierownika) lub upoważnionego przez Dyrektora (Kierownika) pracownika Zakładu Pracy.

……. ……..……
(data) (pieczęć i podpis pełnomocnika dr zajęć praktycznych i praktyk zawodowych)

POTWIERDZENIE PRZYJĘCIA STUDENTA NA PRAKTYKĘ ZE STRONY PODMIOTU LECZNICZEGO

……. ……..……
(data) (pieczęć i podpis przedstawiciela Podmiotu leczniczego)

Praktyka studencka bezpłatna/ praktyka* płatna.
Cena jednostkowa osobodzień / godzina* …… zł netto/brutto*
Liczba dni / godzin ……
Kwota całkowita do zapłaty: …… zł netto/ brutto*
*niepotrzebne skreślić

……. ……..……
(data) (pieczęć i podpis przedstawiciela Podmiotu leczniczego)