

Akademia WSB

WSB University

SKIEROWANIE NA PRAKTYKĘ ZAWODOWĄ KIERUNEK LEKARSKI AKADEMIA WSB W DĄBROWIE GÓRNICZEJ

Rejestr nr:

Dąbrowa Górnicza, dnia

.....
.....
.....
.....

(nazwa i adres placówki nr Podmiotu leczniczego w rejestrze RPWDL)

Zgodnie z planem studiów i programem kształcenia kieruje się Pana/Panią*

..... nr albumu studenta/-kę semestru
studiów stacjonarnych/niestacjonarnych* kierunek **LEKARSKI** do odbycia obowiązkowej praktyki w terminie:
od do, w ilości godzin dydaktycznych, w zakresie
.....

(nazwa praktyki)

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.

.....
(pieczęć i podpis Pełnomocnika Rektora ds. Praktyk)

Potwierdzenie przyjęcia studenta na praktykę ze strony zakładu pracy

.....
(data)

.....
(pieczęć i podpis przedstawiciela Zakładu Pracy)

Praktyka studencka bezpłatna/praktyka* płatna. (uzupełnia pracownik szpitala)

Cena jednostkowa osobodzień/godzina* zł netto/brutto*

Liczba dni/godzin

Kwota całkowita do zapłaty: zł netto/ brutto*

.....
(podpis i pieczęć pracownika szpitala)

*niepotrzebne skreślić