



**UNIWERSYTET
O P O L S K I**

Wydział Lekarski

ul. Oleska 48, 45-052 Opole
tel. +48 77 452 74 45
dwl@uni.opole.pl
<http://im.wmnoz.uni.opole.pl/>

Opole,

Wydział Lekarski Uniwersytetu Opolskiego kieruje na odbycie **praktyki zawodowej/wakacyjnej** w Państwa Zakładzie/Instytucji/Jednostce studenta/kę **Kierunku Lekarskiego:**

Imię i nazwisko studenta:	
Nr albumu:	
Rok studiów, Studia stacjonarne/niestacjonarne:	
Rok akademicki:	
Praktyka w zakresie:	
Wymiar godzinowy:	
Termin odbywania praktyki:	
Imię i nazwisko opiekuna praktyki:	
Pełna nazwa jednostki przyjmującej:	
Dokładny adres jednostki przyjmującej:	Miejscowość..... Kod Ulica Województwo..... Telefon.....
Jednostka kierująca: <ul style="list-style-type: none">• podpis osoby upoważnionej• pieczętka	