

INFORMACYJNA KARTA PRAKTYK nr /

IMIE I NAZWISKO STUDENTA.....

WYDZIAŁ.....

KIERUNEK/SPECJALNOŚĆ.....

ROK STUDIÓW.....

GRUPA.....

NR INDEKSU.....

TELEFON KOMÓRKOWY.....

E-MAIL STUDENTA.....

ADRES ZAMIESZKANIA W BYDGOSZCZY.....

.....

.....

ADRES STAŁEGO ZAMELDOWANIA.....

.....

.....

TELEFON DOMOWY.....

1. NAZWA I ADRES GABINETU.....

.....

.....

.....

TELEFON STACJONARNY DO GABINETU.....

IMIE I NAZWISKO WŁAŚCICIELA.....

TELEFON KONTAKTOWY DO WŁAŚCICIELA.....

IMIE I NAZWISKO OPIEKUNA PRAKTYK.....

TELEFON KONTAKTOWY DO OPIEKUNA PRAKTYK.....

2. NAZWA I ADRES GABINETU.....

.....

.....

.....

TELEFON STACJONARNY DO GABINETU.....

IMIE I NAZWISKO WŁAŚCICIELA.....

TELEFON KONTAKTOWY DO WŁAŚCICIELA.....

IMIE I NAZWISKO OPIEKUNA PRAKTYK.....

TELEFON KONTAKTOWY DO OPIEKUNA PRAKTYK.....

TERMIN PAKTYK (od kiedy do kiedy - dzień/miesiąc/rok).....

.....

.....

GODZINY ODBYWANIA PRAKTYK

PONIEDZIAŁEK – PIĄTEK.....

WEEKEND.....

INNE INFORMACJE.....

.....

.....

.....
(data i podpis studenta)

DATA WPŁYNIĘCIA KARTY PRAKTYK.....

PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ KARTE.....

* Kartę proszę wypełniać drukowanymi literami