

Rejestr godzin realizacji praktyki klinicznej

do umowy nr.....

w miesiącu.....

Dzień miesiąca	Liczba godzin w danym dniu	Podpis lekarza odbywającego praktykę kliniczną	Podpis Opiekuna praktyki klinicznej/ Kierownika Komórki
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			
Łącznie			

Potwierdzam zgodność ze stanem faktycznym

Potwierdzam zgodność ze stanem faktycznym

.....
podpis i pieczętka Lekarza/lekarza dentysty odbywający praktykę kliniczną.....
podpis i pieczętka Opiekuna praktyki klinicznej