Śląski Uniwersytet
Medyczny w Katowicach

Nazwisko i imię : .....

Nr albumu : .....

Kierunek studiów : .....

Rok studiów : .....

Telefon : .....

E-mail : .....

Adres do korespondencji : .....

# HARMONOGRAM PRAKTYKI

| Lp. | Data | Godziny (od - do) | Liczba godzin |
|---|---|---|---|
| | | - | |
| | | - | |
| | | - | |
| | | - | |
| | | - | |
| | | - | |
| | | - | |
| | | - | |
| | | - | |
| | | - | |
| | | - | |
| | | - | |
| | | - | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| **Łączna liczba realizowanych godzin:** | | | |