ZAŁĄCZNIK 3

/pieczęć instytucji przyjmującej/ ……………………….dnia…………………………

**ZGODA**

**NA ODBYCIE PRAKTYKI W ZAKŁADZIE OPIEKI ZDROWOTNEJ**

**Wyrażam zgodę na odbycie przez studenta/kę:**  
  
…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….  
 /imię i nazwisko studenta/

Kierunek, forma i rok studiów:………………………………………………………………………………………………………….....

nieodpłatnej praktyki z przedmiotu ……………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

w liczbie ……….. godzin w terminie od……………………………………………do…………………………………………………

**Dane zakładu przyjmującego**

Pełna nazwa

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Oddział

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Adres

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Dane osoby upoważnionej do podpisania porozumienia z ramienia instytucji przyjmującej:**

Imię i nazwisko:…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Stanowisko/pełniona funkcja:………………………………………………………………………………………………………………

**Opiekunem podczas praktyki będzie:**

Imię i nazwisko:…………………………………………………………………………………………………………………………………….

Telefon:………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………….. ………………………………………… …..………………………………………  
 podpis i pieczęć osoby upoważnionej podpis opiekuna praktyki data i podpis koordynatora praktyki  
 ze strony uczelni