



KARTA OBIEGOWA PRAKTYKI ZAWODOWEJ / PRAKTYKI STUDENCKIEJ

imię i nazwisko

.....

Okres zawartej umowy		
	Data szkolenia	Pieczętka i podpis osoby przeprowadzającej szkolenie
Szkolenie BHP		
Szkolenie epidemiologiczne		
Inspektor ochrony danych osobowych		
Jednostka organizacyjna/oddział	Data odbywania praktyki	Pieczętka i podpis pielęgniarki oddziałowej
1.		
2.		
3.		
4.		