

Kierunek LEKARSKI – studia jednolite magisterskie, stacjonarne/niestacjonarne

Rok akademicki

Semestr

Imię i nazwisko:

Numer albumu:

Numer grupy klinicznej :

**KARTA ZALICZEŃ ĆWICZEŃ KLINICZNYCH
Z PRZEDMIOTU**

ZAJĘCIA Lp.	MIEJSCE REALIZACJI ZAJĘĆ (PIECZĄTKA ODZIAŁU/KLINIKI)	OBECNOŚĆ I OCENA NA ZAJĘCIACH podpis osoby odpowiedzialnej	ZALICZENIE SEMSTRALNE Z OCENĄ podpis osoby odpowiedzialnej
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			