Jméno: ……………………………………………… ročník 5. studijního programu Zubní lékařství

Bydliště: ……………………………………………………PSČ: …………………………..

Školní rok: ……………………….

# POTVRZENÍ O VYKONANÉ PRAXI

Odpovědný pracovník: ……………………………………………………………………….

potvrzuje, že uvedený (á) student (ka) absolvoval (a)

praxi v době od………………………do…………………………..

na oddělení :…………………………………………………………………………………..

 ………………………………………………..

 podpis a razítko odpovědného pracovníka