

Białystok, dn. ....

.....  
/nazwisko i imię zleceniobiorcy/

## SPRAWOZDANIE TECHNIKA MONOPROFILOWEGO MEDYCZNEGO CENTRUM SYMULACJI MEDYCZNEJ

Z wykonania zajęć zleconych w **miesiącu**..... rok akademicki ...../..... zgodnie z **umową zlecenie**

Lp.	Nazwa przedmiotu	Kierunek studiów	Semestr, rodzaj studiów	Obsługa MCSM przez technika na wniosek nauczyciela akademickiego realizującego przedmiot			
				LICZBA GODZIN ĆWICZENIA	Data realizacji	Podpis nauczyciela akademickiego realizującego przedmiot w MCSM	Podpis technika medycznego MCSM
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
<b>OGÓLEM</b>							

.....  
Data i podpis **Kierownika Zakładu** lub **Prorektora**

.....  
podpis **Zleceniobiorcy**

