POTVRDA O OBAVLJENOJ LABORATORIJSKOJ STRUČNOJ PRAKSI IZVAN PMF-a

Matični broj studenta:

Ime i prezime studenta-ice:

Studijski program:

Akad. god. u kojoj se obavljala Laboratorijska stručna praksa:

Razdoblje obavljanja Laboratorijske stručne prakse:

Institucija u kojoj je Laboratorijska

stručna praksa obavljena:

Ime i prezime voditelja:

Zvanje voditelja:

Ime i prezime voditelja studijskog programa :

Datum:

Mjesto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 pečata Potpis voditelja Laboratorijske stručne prakse

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Potpis voditelja studijskog programa