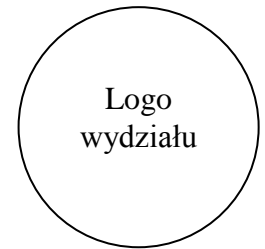




WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY
MEDICAL UNIVERSITY OF WARSAW

Nazwa wydziału



Kierunek: Rok akademicki:/.....
Specjalność: Rok studiów:
Studia*: Semestr studiów:

PROTOKÓŁ ZALICZENIA PRZEDMIOTU

Przedmiot:

Zaliczający / egzaminator:
/tytuł / stopień naukowy/zawodowy, imię i nazwisko/

Forma zaliczenia przedmiotu: zaliczenie / egzamin **

W przypadku egzaminu: termin podstawowy / poprawkowy **

Lp.	Imię /imiona i nazwisko studenta(tki)	Nr albumu	Ocena		Data	Podpis zaliczającego / egzaminatora
			cyfrą	słownie		
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						
11.						
12.						
13.						
14.						
15.						
16.						
17.						
18.						
19.						
20.						
21.						
22.						

* stacjonarne / niestacjonarne, jednolite mgr / I stopnia / II stopnia

** niepotrzebne skreślić