**INDYWIDUALNA PRAKTYKA**

**DANE NIEZBĘDNE DO ZAWARCIA POROZUMIENIA**

**1. Pełna nazwa jednostki przyjmującej studenta na praktykę:**

**2. Adres jednostki przyjmującej studenta na praktykę:**

**3. Imię i nazwisko, stanowisko osoby reprezentującej jednostkę przyjmującą, posiadającej prawo do zawarcia porozumienia:**

**4. Dodatkowe informację, jeśli jest taki wymóg jednostki przyjmującej:**

(informacja o wpisie do KRS, numer KRS, NIP, REGON, kapitał zakładowy)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**5. Opiekun praktyk z ramienia jednostki przyjmującej (§2, ust. 4 Porozumienia)**

Imię i nazwisko, stanowisko: ……………………………………………………………………………………………………… ……….

Numer telefonu: ………………………………………………………………………………………………………………………………….

Wypełniony załącznik należy przesłać z konta studenta w formie edytowalnej na adres email: dziekanat.walbrzych@umw.edu.pl