3. Harmonogram przebiegu stażu*

| Lp. | Data (dd-mm-rrrr) | Godziny od.... do..... | Miejsce realizacji stażu (nazwa podmiotu i adres) |
|---|---|---|---|
| 1 | 01-31.07.2020 | 8⁰⁰-14⁰⁰ | ZDL WSSZ, ul. Konstytucji 3 Maja 42 |
| 2. | 01-31.08.2020 | 8⁰⁰-14⁰⁰ | ZDL WSSZ ul. Gen. Józefa 53-55 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

* każdorazowa zmiana Harmonogramu przebiegu stażu wymaga niezwłocznego poinformowania Koordynatora projektu

DYREKTOR Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego w TORUNIU

pieczęć Pracodawcy i podpis osoby upoważnionej do reprezentowania Pracodawcy

Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu Wydział Chemii Biuro Projektu Projekt „Universitas Copernicana Thoruniensis In Futuro II" ul. Gagarina 7, 87-100 Toruń

Koordynator Zadania dr Marcin Cichosz

pieczęć Uniwersytetu i podpis Koordynatora projektu