

DANE ZLECENIODAWCY

Pomorski Uniwersytet Medyczny w Szczecinie
Wydział Nauk o Zdrowiu

MIESIĘCZNA KARTA EWIDENCJI CZASU PRACY MENTORA

Miesiąc, rok

DANE MENTORA

Imię i nazwisko

Oddział/ Klinika

.....

Placówka

.....

Umowa zlecenie nr

Pracę wykonano w terminach

Data	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
Godziny (od-do)																																

.....
podpis Mentora