

**ZAHTJEV ZA OBAVLJANJE STRUČNE PRAKSE**

prezime i ime studenta	
broj indeksa studenta	
godina studija/semestar	
naziv ustanove	
adresa	
broj telefona	
razdoblje obavljanja stručne prakse	

**Molimo Vas da za gore imenovanog studenta Farmaceutskog fakulteta Sveučilišta u Mostaru odobrite obavljanje stručne prakse u Vašoj ustanovi.**

Mjesto i datum

Potpis studenta

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

M. P.

\_\_\_\_\_  
dr. sc. Ivica Brizić, izv. prof.  
**DEKAN**