



VELEUČILIŠTE "LAVOSLAV RUŽIČKA" U VUKOVARU
COLLEGE OF APPLIED SCIENCES LAVOSLAV RUŽIČKA IN VUKOVAR

www.vevu.hr

POTVRDA O OBAVLJENOJ KLINIČKOJ PRAKSI

Naziv ustanove: _____

Sjedište: _____

Ovim potvrđujemo da je student/ica _____

u razdoblju od _____ do _____ godine u našoj ustanovi

ispunio/la obveze kliničke prakse u trajanju od _____ dan/a.

Mjesto i datum _____

Mentor

M.P. _____