



POTVRDA O OBAVLJENOJ STRUČNOJ PRAKSI

Tvrtka/ustanova/institucija: _____

Sjedište i adresa: _____

OIB: _____

Telefon/mail: _____

Ovim potvrđujemo da je student _____
u razdoblju od _____ 20____. do _____ 20____. godine u našoj
tvrtki/ustanovi/instituciji ispunio obveze stručne prakse u trajanju od _____ dana, odnosno
_____ sati.

Potpisom i pečatom potvrđujemo navedeno.

Odgovorna osoba

