

**WARSZAWSKI UNIWERSYTET MEDYCZNY**

**Wydział Lekarsko-Stomatologiczny /20/\***

kierunek higiena stomatologiczna /14/\*

Imię i nazwisko /16/\*

Nr albumu /16/\*

**TYTUŁ PRACY /20/\***

Praca licencjacka wykonana pod kierunkiem

.....

w Zakładzie/ Klinice ..... /14/\*

Warszawa rok /14/\*

\* rozmiar czcionki