

# DEKLARACJA

PIECZĄTKA APTEKI

POWIAT .....  
lub dzielnica m.st. Warszawy

TELEFON (0 -.....) .....

**Niniejszym wyrażam zgodę na przyjęcie 1 studenta  
na 6 miesięczną praktykę po obronie pracy magisterskiej**

**Opiekunem studenta będzie Pan/i** .....  
posiadająca/y specjalizację z zakresu farmacji aptecznej wydaną przez:

.....  
Wyrażam zgodę na podpisanie przez Warszawski Uniwersytet Medyczny  
z ww. opiekunem stosownej umowy regulującej jego obowiązki i inne  
zagadnienia związane z pełnieniem funkcji opiekuna.

Nazwa apteki .....

Adres apteki ul. ....

Kod \_ \_ - \_ \_ \_ miejscowość .....

Imiona i Nazwiska farmaceutów zatrudnionych w aptece:

Imię i Nazwisko (mgr farm.)	1Nr prawa wykonywania zawodu	Wymiar czasu pracy	Data podjęcia pracy w ww. aptece
	2 Data uzyskania specjalizacji		
<u>kierownik</u>			

Prosimy o podanie informacji dotyczących możliwości realizacji receptury prowadzonej na warunkach  
aseptycznych (czy apteka posiada łożę z laminarnym nawiewem jałowego powietrza)

.....  
.....  
.....

.....  
Podpis właściciela apteki

.....  
pieczętka i podpis kierownika apteki