

DEKLARACJA

MIASTO

PIECZ TKA APTEKI

TELEFON (0 -í í) í í í í í í í í

**Niniejszym wyrażam zgodę na przyjęcie 1 studenta
na 6 miesięcznych praktyk po obronie pracy magisterskiej**

Opiekunem studenta będzie Pan/i
posiadający/cy 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 _ _ - _ _ _ miejscowo

Imiona i Nazwiska farmaceutów zatrudnionych w aptece:

Imię i Nazwisko (mgr farm.)	1 Nr 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 laboratoryjną komorę z laminarnym nawiewem jałowego powietrza)

í ..
í ..
í ..

í í í í í í í í í í í í í í í í í í ..
Podpis właściciela apteki

í ..
pieczęć i podpis kierownika apteki

Zgoda Wojewódzkiego Inspektoratu i Inspekcji Farmaceutycznej (pieczęć i podpis)

Zgoda Okręgowej Izby Aptekarskiej (pieczęć i podpis)