

ZGŁOSZENIE APTEKI

Oświadczam, iż wyrażam chęć podjęcia współpracy w zakresie realizacji Praktyk zawodowych studentów kierunku farmacja (zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 lutego 2009 r. w sprawie praktyki zawodowej w aptece).

.....
Data, miejsce i podpis kierownika apteki/właściciela apteki

Nazwa apteki

Adres apteki ul.

Kod __ - __ - __ miejscowość

Powiat lub dzielnica m. st. Warszawy

telefon (0 -.....) e-mail.....

Liczba osób zatrudnionych w aptece w pełnym wymiarze czasu pracy posiadających minimum tytuł magistra farmacji



Wykaz pracowników **wyznaczonych do sprawowania opieki nad studentami** odbywającymi półroczną praktykę po obronie pracy magisterskiej. Zgodnie z Ustawą o izbach aptekarskich z dnia 19 kwietnia 1991 r. opiekun musi posiadać 5-letni staż w aptece lub posiada min. 3-letni staż w aptece oraz specjalizację z farmacji aptecznej lub szpitalnej

Nr prawa wykonywania zawodu

- | | |
|---------|-------|
| 1. | |
| 2. | |
| 3. | |
| 4. | |

Apteka posiada /nie posiada* łożę z laminarnym nawiewem jałowego powietrza.

.....
Data, miejsce i podpis kierownika apteki/właściciela apteki

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że zostałem poinformowany, że student nie odpowiada finansowo za straty spowodowane podczas odbywania 6-cio miesięcznego stażu w aptece. Student nie jest osobą ekspedującą samodzielnie. Znajduje się on pod nadzorem i opieką osoby wyznaczonej przez Kierownika apteki.

.....
Data, miejsce i podpis kierownika apteki/właściciela apteki

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych w celu realizacji Praktyk zawodowych (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 lutego 2009 r. w sprawie praktyki zawodowej w aptece).

.....
Data, miejsce i podpis kierownika apteki/właściciela apteki

* niepotrzebne skreślić