

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