

.....
pieczętka apteki

.....
miejscowość, data

**KATEDRA I ZAKŁAD TECHNOLOGII POSTACI LEKU
UNIwersYTET MEDYCZNY IM. K. MARCINKOWSKIEGO
60-780, POZNAŃ, UL. GRUNWALDZKA 6
tel. 061 854 -66-55
fax. 061 854 -66-66**

ZAŚWIADCZENIE

O MOŻLIWOŚCI PRZYJĘCIA NA PRAKTYKĘ WAKACYJNĄ

Po zapoznaniu się z Regulaminem i programem studenckich praktyk wakacyjnych w aptece ogólnodostępnej (Załącznik), wyrażam zgodę na odbycie praktyki wakacyjnej przez Studenta / Studentkę III roku Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

.....
Imię i nazwisko Studenta / Studentki

w okresie od.....do.....2020 roku.

Nazwa i dokładny adres apteki z numerem telefonu i adresem mail'owym:

Opiekunem praktyki w aptece będzie mgr /dr

Oświadczam, że zapoznałem / zapoznałam* się z Regulaminem praktyk wakacyjnych dla studentów III roku Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu na rok akademicki 2019 / 2020 i zapewnię Studentowi / Studentce* warunki niezbędne do zrealizowania jego założeń. Ponadto oświadczam, że apteka wykonuje leki recepturowe w zakresie umożliwiającym odbycie praktyki wakacyjnej zgodnie z załączonym Regulaminem praktyk.

.....
pieczętka i podpis Kierownika apteki

*Niepotrzebne skreślić

Załącznik – Regulamin i program studenckich praktyk wakacyjnych w aptece ogólnodostępnej