

**Zaświadczenie o odbyciu i zaliczeniu**  
**PRAKTYKI WAKACYJNEJ PO III ROKU STUDIÓW**

.....  
NAZWA APTEKI / PIECZĘĆ

.....  
IMIĘ I NAZWISKO KIEROWNIKA APTEKI

.....  
IMIĘ I NAZWISKO OPIEKUNA PRAKTYKI W APTECE

.....  
IMIĘ I NAZWISKO STUDENTA / NR ALBUMU / NR SKIEROWANIA NA PRAKTYKĘ

Termin praktyki .....

Niniejszym potwierdzam odbycie i zaliczenie praktyki wakacyjnej ww. Studenta

.....  
DATA, PIECZĄTKA I PODPIS  
OPIEKUNA PRAKTYKI W APTECE

**Zaliczenie praktyki w Katedrze i Zakładzie Technologii Postaci Leku**

Data zaliczenia .....

Ocena.....

.....  
PODPIS NAUCZYCIELA AKADEMICKIEGO

.....  
PODPIS I PIECZĘĆ WYDZIAŁOWEGO  
KIEROWNIKA STUDENCKICH PRAKTYK  
WAKACYJNYCH I ZAWODOWYCH