

### Część III

.....  
(nazwa i adres jednostki organizacyjnej uczelni)

Pan(i)

.....  
(imię i nazwisko studenta)

zaliczył(a) praktykę zawodową realizowaną w okresie od .....

do .....

w aptecę .....

.....  
(nazwa i adres apteki)

.....  
(data i podpis opiekuna)

.....  
(data i podpis rektora uczelni)