

Pieczęć apteki

....., dnia

**Dziekanat Wydziału Farmaceutycznego
Uniwersytetu Medycznego
w Poznaniu**

Wyrażam zgodę na odbycie 6-miesięcznej praktyki zawodowej w aptece przez Studenta/kę
V roku Wydziału Farmaceutycznego.....

/imię i nazwisko/

w terminie:

/podać dokładną datę/

Właścicielem Apteki jest (wystawia fakturę):

.....

.....

/imię i nazwisko lub nazwa oraz pieczęćka podmiotu/

Kierownikiem Apteki jest:

Opiekunem praktykanta będzie *specjalista w zakresie farmacji aptecznej lub szpitalnej / mgr farmacji z pięcioletnim stażem pracy* * (podkreślić właściwe; określić tytuł naukowy)

.....

W razie choroby lub jakiegokolwiek zdarzenia losowego (do 14 dni) ze strony Opiekuna, Praktykant w aptece pozostanie pod opieką innego uprawnionego magistra farmacji, tj.

.....

który na czas nieobecności Opiekuna przejmie obowiązki sprawowania opieki nad Praktykantem, co określi w formie pisemnego Oświadczenia dołączonego do Dziennika praktyki. **

***W razie urlopu chorobowego Opiekuna (powyżej 14 dni) lub rozwiązania z nim umowy o pracę, Apteka winna niezwłocznie powiadomić Wydziałowego Kierownika ds. praktyki, celem uzgodnienia dalszego postępowania tzn. wyznaczenia nowego Opiekuna lub zmiany miejsca odbywania praktyki zawodowej.*

Podpisanie niniejszego pisma świadczy o zapoznaniu się z Regulaminem praktyki zawodowej w aptece w roku akademickim 2023 / 2024, jego akceptacji i wyrażeniu zgody na poprowadzenie praktyki w ww. aptece na podst. ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA z dnia 05 kwietnia 2022 r. w sprawie praktyki zawodowej w aptece (Dz.U. z 2022 poz. 784)

Umowa i skierowanie na praktykę ww. Studenta zostaną przesłane w terminie późniejszym.

.....

(data)

.....

(podpis i pieczęćka kierownika apteki lub właściciela)

Jeśli Apteka nie wykonuje leków w warunkach aseptycznych, **to min. 2 tygodnie (10 kolejnych dni roboczych), a maksymalnie 3 miesiące** będą odrobione w Aptece szpitalnej / zakładowej / innej z recepturą jałową:

Pieczętka Szpitala / Apteki:

Dyrektorem szpitala / Właścicielem apteki jest:

.....

Kierownikiem Apteki jest:

.....

Opiekunem praktykanta będzie *specjalista w zakresie farmacji aptecznej lub szpitalnej / mgr farmacji z pięcioletnim stażem pracy* * (podkreślić właściwe, określić tytuł naukowy)

.....

W razie choroby lub jakiegokolwiek zdarzenia losowego (do 14 dni) ze strony Opiekuna, Praktykant w aptece pozostanie pod opieką innego uprawnionego magistra farmacji, tj.

.....

który na czas nieobecności Opiekuna przejmie obowiązki sprawowania opieki nad Praktykantem, co określi w formie pisemnego Oświadczenia dołączonego do Dziennika praktyki. **

***W razie urlopu chorobowego Opiekuna (powyżej 14 dni) lub rozwiązania z nim umowy o pracę, Apteka winna niezwłocznie powiadomić Wydziałowego Kierownika ds. praktyki, celem uzgodnienia dalszego postępowania tzn. wyznaczenia nowego Opiekuna lub zmiany miejsca odbywania praktyki zawodowej.*

Termin praktyki:

.....

/podać dokładną datę **w trakcie trwania** 6-miesięcznej praktyki – **min. 10 kolejnych dni roboczych**/

Podpisanie niniejszego pisma świadczy o zapoznaniu się z Regulaminem praktyki zawodowej w aptece w roku akademickim 2023 / 2024, jego akceptacji i wyrażeniu zgody na poprowadzenie praktyki w ww. aptece na podst. ROZPORZĄDZENIA MINISTRA ZDROWIA z dnia 05 kwietnia 2022 r. w sprawie praktyki zawodowej w aptece (Dz.U. z 2022 poz. 784)

Umowa i skierowanie na praktykę ww. Studenta zostaną przesłane w terminie późniejszym.

.....

(data)

.....

(podpis i pieczętka kierownika apteki)