………………………………………………… ….………..…..……………., dnia …………..…… r.

(pieczątka apteki ogólnodostępnej) (miejscowość) (data)

# OŚWIADCZENIE KIEROWNIKA APTEKI

Imię i nazwisko stażysty: ………………………………………………………………………………………………………………………

Okres stażu: …………………………………………………………………………………………………………………………………………

Imię i nazwisko opiekuna stażu: …………………………………………………………………………………………………………..

Imię i nazwisko zastępcy opiekuna stażu: …………………………………………………………………………………………….

Niniejszym potwierdzam, że w aptece (*nazwa i adres apteki) …………………………………….………………..…………*

*……………………………………………………………….*…………………………………………………………………………………………..

wykonują zawód następujący magistrowie farmacji:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **imię i nazwisko** | **nr pwz** | **wymiar czasu pracy** | **forma zatrudnienia** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Oświadczam, że prowadzona przeze mnie apteka spełnia kryteria określone w Komunikacie Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego MZ ws. zasad realizacji sześciomiesięcznego stażu w aptece, objętego standardami nauczania dla kierunku studiów farmacja, którego treść jest mi znana.\*

……………………………………………….

(podpis kierownika apteki wraz z pieczątką)

Powyższe oświadczenie stanowi załącznik do „Karty informacyjnej sześciomiesięcznej praktyki zawodowej w aptece”.

\* Komunikat dostępny na stronie www.woia.pl w zakładce *„Formularze do pobrania -> Staże studentów”*.