

.....
(pieczęć apteki ogólnodostępnej)

....., dnia r.
(miejsowość) (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 pieczęcią)

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”.