

.....
(pieczęć, nadruk lub naklejka zawierające: nazwę i adres apteki)

Lp.

.....
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE

o odbyciu przez technika farmaceutycznego praktyki w aptece

Zaświadcza się, że:

Pan/Pani
(imię i nazwisko)

posiadający(a) dyplom technika farmaceutycznego nr

.....
(nazwa i siedziba szkoły)

odbył(a) praktykę w aptece

w okresie:

od do w aptece
(nazwa i siedziba)

od* do w aptece
(nazwa i siedziba)

od do w aptece
(nazwa i siedziba)

od do w aptece
(nazwa i siedziba)

.....
(podpis kierownika apteki oraz pieczęć,
nadruk lub naklejka zawierające:
imię, nazwisko i oznaczenie funkcji
kierownika apteki)

* Wypełnić w przypadku, gdy praktyka odbywana była w więcej niż jednej aptece.

Zaświadczenie o odbyciu praktyki wydaje kierownik apteki, w której praktykant zakończył realizację całości programu praktyki.