

FOGADÓNYILATKOZAT
Záróvizsga előtti gyakorlat 2. kurzushoz

Alulírott

a(z) gyógyszerértár

vezetője / személyi jogos gyógyszerésze / főgyógyszerésze

..... gyógyszerészhallgatót

a vezetésem alatt álló gyógyszerértárban nyári szakmai gyakorlat végzésére

..... év hónap-tól év hónap-ig

terjedő időszakra fogadom, és számára biztosítom a gyakorlati időszak tematika szerinti letöltését.

A gyógyszerértár képzőhelyi akkreditációs száma:

A gyógyszerértár pontos neve:

A gyógyszerértár e-mail címe:

A hallgató oktató gyógyszerésze: (nyomatott betűvel),

akinek működési nyilvántartási száma: diploma száma:

szakképzettsége:

Kelt:, év hónap nap

.....

oktató gyógyszerész aláírása

.....

személyi jogos gyógyszerész/ főgyógyszerész
aláírása

gyógyszerértár pecsétje