

Kérjük nyomtatott betűkkel, olvashatóan kitölteni!

FOGADÓNYILATKOZAT

GYÓGYSZERTÁRI GYAKORLATRA

SZAKMAI GYAKORLAT 2. KURZUSHOZ

Alulírott
(gyógyszertár neve:
.....
beosztása:)

.....
gyógyszerészhallgatót (név, Neptun kód)
nyári szakmai gyakorlat végzésére

202..... év hónap napjától 202..... év hónap napjáig

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

A fogadó gyógyszerár pontos neve:
.....

A fogadó gyógyszerár pontos címe:
.....

A fogadó gyógyszerár képzőhelyi akkreditációs száma:

A kapcsolattartó e-mail címe:

A hallgató szakmai gyakorlatáért felelős személy neve:
.....

Kelt:

.....
a hallgató szakmai gyakorlatáért
felelős személy aláírása

.....
a fogadó gyógyszerár oktatásért
felelős vezetőjének aláírása

fogadó gyógyszerár pecsétje