

WZÓR

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

Lp.

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE

o odbyciu przez technika farmaceutycznego praktyki w aptece

Zaświadczam, 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.