

.....
(oznaczenie okręgowej izby aptekarskiej)

Karta rozwoju zawodowego farmaceuty NR/.....

CZĘŚĆ I

DANE FARMACEUTY

1. Imię (imiona) i nazwisko

.....

2. Numer dokumentu „Prawo wykonywania zawodu farmaceuty”

.....

3. Adres do korespondencji

.....

.....

4. Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej, jeżeli posiada

.....

5. Potwierdzenie rozpoczęcia ustawicznego rozwoju zawodowego (data)

.....

.....
(podpis prezesa okręgowej rady aptekarskiej)

CZĘŚĆ II

PRZEBIEG USTAWICZNEGO ROZWOJU ZAWODOWEGO

| Lp. | Forma i temat ustawicznego rozwoju zawodowego | Nazwa i adres organizatora szkolenia* | Liczba godzin/dni* | Forma zaliczenia* | Liczba punktów edukacyjnych | Data, podpis |
|-----|---|---------------------------------------|--------------------|-------------------|-----------------------------|--------------|
| 1 | | | | | | |
| 2 | | | | | | |
| 3 | | | | | | |
| 4 | | | | | | |
| 5 | | | | | | |
| 6 | | | | | | |
| 7 | | | | | | |
| 8 | | | | | | |
| 9 | | | | | | |
| 10 | | | | | | |
| 11 | | | | | | |
| 12 | | | | | | |

* Wypełnić, jeżeli dotyczy.

CZĘŚĆ III

ZALICZENIE USTAWICZNEGO ROZWOJU ZAWODOWEGO

Pan/Pani

odbył(a) ustawiczny rozwój zawodowy w okresie rozliczeniowym

od do

i uzyskał(a) 100 punktów edukacyjnych.

.....
(podpis prezesa okręgowej rady aptekarskiej)