

Wniosek dotyczący sześciomiesięcznej praktyki zawodowej w aptece

Do właściwych ze względu na siedzibę apteki/aptek:

- 1) *Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego*
- 2) *Okręgowej Rady Aptekarskiej*

Na podstawie *art. 12 ust. 6 Ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2022 r. poz. 184 i 655)* proszę o wydanie opinii w zakresie możliwości odbywania sześciomiesięcznej praktyki zawodowej w aptece/aptekach zgodnie z **ROZPORZĄDZENIEM MINISTRA ZDROWIA z dnia 05 kwietnia 2022r. w sprawie praktyki zawodowej w aptece (Dz.U. z 2022 poz. 784)**

Poznań, dnia 15 maja 2023 r.

Dziekan Wydziału Farmaceutycznego

Imię i nazwisko Studenta/Praktykanta —

Nr albumu WF —

Nazwa i adres apteki ogólnodostępnej	Pieczętka i podpis kierownika apteki ogólnodostępnej
Imię i nazwisko opiekuna praktyki w aptece ogólnodostępnej	Pieczętka i podpis opiekuna praktyki w aptece ogólnodostępnej
Data rozpoczęcia praktyki w aptece ogólnodostępnej (DD-MM-RR):	Termin praktyki w aptece ogólnodostępnej od.....do.....
Zgoda Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego (pieczętka WIF)	<i>pieczętka imienna i podpis</i>
Zgoda Okręgowej Rady Aptekarskiej (pieczętka OIA)	<i>pieczętka imienna i podpis</i>

Nazwa i adres apteki szpitalnej / zakładowej / innej (z recepturą jałową)	Pieczętka i podpis kierownika apteki szpitalnej / zakładowej / innej
Imię i nazwisko opiekuna praktyki w aptece szpitalnej / zakładowej / innej	Pieczętka i podpis opiekuna praktyki w aptece szpitalnej / zakładowej / innej
Data rozpoczęcia praktyki w aptece szpitalnej / zakładowej / innej (DD-MM-RR):	Termin praktyki w aptece szpitalnej / zakładowej / innej od.....do.....
Zgoda Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego (pieczętka WIF)	<i>pieczętka imienna i podpis</i>
Zgoda Okręgowej Rady Aptekarskiej (pieczętka OIA)	<i>pieczętka imienna i podpis</i>