

Kérjük nyomtatott betűkkel, olvashatóan kitölteni!

FOGADÓNYILATKOZAT GYÓGYSZERTÁRI GYAKORLATRA

NYÁRI GYAKORLAT 1. 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