

Kérjük nyomtatott betűkkel, olvashatóan kitölteni!

FOGADÓNYILATKOZAT GYÓGYSZERTÁRI GYAKORLATRA

NYÁRI 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 gyógyszerész pontos neve:

.....

A fogadó gyógyszerész pontos címe:

.....

A fogadó gyógyszerész 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 gyógyszerész oktatásért
felelős vezetőjének aláírása

fogadó gyógyszerész pecsétje