

Kérjük nyomtatott betűvel, olvashatóan kitölteni!

FOGADÓNYILATKOZAT

GYÓGYSZERTÁRI GYAKORLATRA

ZÁRÓVIZSGA ELŐTTI GYAKORLAT 2. KURZUSHOZ

Alulírott

(gyógyszertár neve:

beosztása:)

..... (név, Neptun kód)

gyógyszerészhallgatót

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 gyógyszertár pontos neve:

A gyógyszertár képzőhelyi akkreditációs száma:

A gyógyszertár pontos címe:

A gyógyszertár / kapcsolattartó e-mail címe:

A hallgató oktató gyógyszerése:,

akinek működési nyilvántartási száma:,

diploma száma:,

szakképzettsége:

Kelt:

.....
a hallgató szakmai gyakorlatáért felelős
gyógyszerész aláírása

.....
a fogadó intézmény oktatásért
felelős vezetőjének aláírása

gyógyszertár pecsétje