

ZGŁOSZENIE APTEKI DO WSPÓŁPRACY W ZAKRESIE REALIZACJI SZEŚCIOMIĘSIĘCZNYCH PRAKTYK ZAWODOWYCH W APTECE

Oświadczam, że wyrażam chęć podjęcia współpracy w zakresie realizacji Praktyk zawodowych studentów kierunku farmacja (zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16.02.2009 r. w sprawie praktyki zawodowej w aptece) na czas nieokreślony.

.....
Data, miejsce i podpis kierownika apteki/właściciela apteki

Nazwa apteki

Adres apteki ul.

Kod __-__-__ miejscowość

telefon (0-.....) e-mail:

**Liczba osób zatrudnionych w aptece
w pełnym wymiarze czasu pracy posiadających
Prawo wykonywania zawodu farmaceuty**

.....

Pieczętka apteki

Wykaz pracowników **wyznaczonych do sprawowania opieki nad studentami** odbywającymi sześciomiesięczną praktykę. Zgodnie powszechnie obowiązującymi przepisami opiekun musi posiadać 5-letni staż pracy w aptece lub co najmniej dwuletni staż pracy w aptece i specjalizację z farmacji aptecznej, szpitalnej lub klinicznej.

Lp.	Imię i nazwisko	Nr PWZ
1.		
2.		
3.		
4.		

Apteka posiada/nie posiada* łożo z laminarnym nawiewem jałowego powietrza.

.....
Data, miejsce i podpis kierownika apteki/właściciela apteki

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych w celu realizacji Praktyk zawodowych (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 16 lutego 2009 r. w sprawie praktyki zawodowej w aptece) i wyrażam zgodę na umieszczenie apteki na liście aptek współpracujących z Wydziałem Nauk Farmaceutycznych w Sosnowcu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach w zakresie realizacji sześciomiesięcznych praktyk studentów kierunku Farmacja. Lista aptek współpracujących z WNFS umieszczona zostanie na stronie internetowej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach i zawierać będzie nazwę apteki oraz jej adres.

.....
Data, miejsce i podpis kierownika apteki/właściciela apteki

*niepotrzebne skreślić