

ZAŁĄCZNIK Nr 2

WZÓR

.....
(pieczęć apteki)

Lp.

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE

o odbyciu przez technika farmaceutycznego praktyki w aptece

Zaświadczam, że:

Pan/Pani

.....
(imię i nazwisko)

posiadający(a) dyplom technika farmaceutycznego nr

.....
.....

.....
(nazwa i siedziba szkoły)

odbył(a) praktykę w aptece

w okresie:

od do w aptece

.....
(nazwa i siedziba)

od* do w aptece

.....
(nazwa i siedziba)

od do w aptece

.....
(nazwa i siedziba)

od do w aptece

.....
(nazwa i siedziba)

.....
(pieczęć i podpis
kierownika apteki)

* Wypełnić w przypadku, gdy praktyka odbywana była w więcej niż jednej aptece.