

WZÓR

.....
(pieczęć apteki)

Lp.

.....
(miejscowość, data)

**ZAŚWIADCZENIE
o odbyciu przez technika farmaceutycznego praktyki w aptece**

Zaświadcza się, 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