

## WYJAŚNIENIE

### **Technik Farmaceutyczny na stażu ma obowiązek prowadzenia dziennika technika farmaceutycznego.**

Dziennik można pobrać:

#### **-bezpośrednio z biura Izby**

(wówczas prosimy wypełnić druk zawiadomienia (strona 2) oraz dołączyć część umowy o pracę - bez wynagrodzenia i innych danych osobowych) **lub** pośrednio poprzez przesłanie maila na [sekretariat@oia.waw.pl](mailto:sekretariat@oia.waw.pl) wraz z zeskanowanymi załącznikami (zawiadomienie + um. o pracę /bez danych osobowych, wynagrodzenia/).

Wówczas na adres apteki wysyłamy druk dziennika (uwaga!!! dotyczy wyłącznie aptek z terenu woj. mazowieckiego i aptek zlokalizowanych poza Warszawą w ramach n. województwa)

#### **-wydrukować** (kliknij tutaj)

lub

**stworzyć samodzielnie** zgodnie z treścią rozporządzenia MZ w sprawie odbywania praktyki w aptece przez technika farmaceutycznego (kliknij tutaj)

**Każda z tych form** realizowania praktyki poprzez prowadzenie dziennika praktyki technika farmaceutycznego jest **prawidłowa i równorzędna**.

### **UWAGA**

Dziennik praktyki jest własnością technika farmaceutycznego.

Stażysta dokonuje wpisów zgodnie z wytycznymi opiekuna oraz wg. własnego uznania.

Po zakończeniu stażu – technik otrzymuje zaświadczenie (załącznik do rozporządzenia).

Zaświadczenie jest dokumentem potwierdzający zrealizowanie praktyki.

.....  
miejsowość, data

.....  
pieczętka apteki

**Okręgowa Izba Aptekarska  
w Warszawie  
ul. Długa 16  
00-238 Warszawa**

Zawiadamiam, że od dnia ..... odbywa w aptece

**2-letnią praktykę tech.farmac.** .....

na stałe zameldowany w .....

absolwent .....  
pełna nazwa studium

dplom nr ..... wydany dnia .....

opiekunem praktyki jest .....  
imię i nazwisko

posiadający specjalizacje z dziedziny .....

.....  
podpis kierownika apteki

.....  
miejsowość, data

.....  
pieczętka apteki

**Okręgowa Izba Aptekarska  
w Warszawie  
ul. Długa 16  
00-239 Warszawa**

Zawiadamiam, że od dnia ..... odbywa w aptece

**2-letnią praktykę tech.farmac.** .....

na stałe zameldowany w .....

absolwent .....  
pełna nazwa studium

dplom nr ..... wydany dnia .....

opiekunem praktyki jest .....  
imię i nazwisko

posiadający specjalizacje z dziedziny .....

.....  
podpis kierownika apteki