

.....  
(pieczęć apteki)

.....  
(miejsowość, 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.