

Załącznik do umowy

.....  
(Miejscowość, data)

**Podmiot szkolący:**

.....

.....

.....

(dane identyfikujące podmiot szkolący)

**Zaświadczenie  
o odbyciu przeszkolenia uzupełniającego**

Zaświadcza się, że Pan/Pani .....

(imię i nazwisko) syn/córka .....

(imię i nazwisko) zamieszkały(a) w .....

ukończył(a) przeszkolenie uzupełniające odbyte:

w okresie od ..... do.....;

w aptece: .....

(nazwa, siedziba, adres)

.....

Kierownik apteki

(pieczęć imienna, czytelny i własnoręczny podpis)

Sporządzono w 2 egzemplarzach:

- 1) 1 - dla osoby, która ukończyła przeszkolenie;
- 2) 1 - dla właściwej okręgowej izbie aptekarskiej.

.....  
Osoba reprezentująca podmiot szkolący  
(pieczęć imienna, czytelny i własnoręczny podpis)