.......................... …………………………………………………….

(pieczęć apteki (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)

....................................................

(pieczątka i podpis kierownika apteki)

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