

.....
Pieczęć apteki

.....
Miejscowość, data

INFORMACJA

1) Godziny czynności apteki ogólnodostępnej / szpitalnej:

Poniedziałek – piątek:

Sobota: Niedziela:

2) Obsada fachowa (*mgr farm. / dr farm.*):

L.P.	Imię i Nazwisko	Stanowisko	Wymiar etatu
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			

3) Wyposażenie izby recepturowej:

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

4) Ilość średnio w tygodniu sporządzanych leków recepturowych i aptecznych:

5) Czy apteka ogólnodostępna / szpitalna wyraża zgodę na przyjęcie studenta na praktykę zawodową:

.....
Podpis i pieczęć właściciela apteki

.....
Podpis i pieczęć kierownika apteki