



SKIEROWANIE

**DO ODBYCIA 6-MIEŚCZNEJ PRAKTYKI ZAWODOWEJ
W APTECE OGÓLNODOSTĘPNEJ / APTECE SZPITALNEJ***

.....

Imię (imiona) i nazwisko

.....

nazwa apteki

.....

adres apteki

.....

data rozpoczęcia praktyki

.....

imię (imiona) i nazwisko opiekuna praktyki

Wyznaczony przez Dziekana opiekun dydaktyczny - nauczyciel akademicki nadzorujący przebieg sześciomiesięcznej praktyki zawodowej w aptece:

.....

imię i nazwisko

.....

(data i podpis Dziekana)

*- niepotrzebne skreślić