FORMULARZ nr 2

*Pieczęć apteki* ….……………, dnia ……………………….

**Dziekanat Wydziału Farmaceutycznego**

 **Uniwersytetu Medycznego**

 **w Poznaniu**

Wyrażam zgodę na odbycie 6-miesięcznej praktyki zawodowej w aptece przez studenta/kę V roku Wydziału Farmaceutycznego……………………………………………………………

 /imię i nazwisko/

w terminie: ………………………………………………………………………………………

 /podać dokładną datę/

Właścicielem Apteki jest (wystawia fakturę): ………………………………………………….

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

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

 **/imię i nazwisko lub nazwa oraz pieczątka podmiotu**/

Kierownikiem Apteki jest: ……………………………………………………………………...

Opiekunem praktykanta będzie *specjalista w zakresie farmacji aptecznej lub szpitalnej / mgr farmacji z pięcioletnim stażem pracy* \* (podkreślić właściwe; określić tytuł naukowy)

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

W razie choroby lub jakiegokolwiek zdarzenia losowego (do 14 dni) ze strony Opiekuna, Praktykant w aptece pozostanie pod opieką innego uprawnionego magistra farmacji, tj.

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

który na czas nieobecności Opiekuna przejmie obowiązki sprawowania opieki nad Praktykantem, co określi w formie pisemnego Oświadczenia dołączonego do Dziennika praktyki. \*\*

\*\**W razie urlopu chorobowego Opiekuna (powyżej 14 dni) lub rozwiązania z nim umowy
o pracę, Apteka winna niezwłocznie powiadomić Wydziałowego Kierownika ds. praktyki, celem uzgodnienia dalszego postępowania tzn. wyznaczenia nowego Opiekuna lub zmiany miejsca odbywania praktyki zawodowej.*

**Podpisanie niniejszego pisma świadczy o zapoznaniu się z Regulaminem praktyki zawodowej
w aptece w roku akademickim 2021 / 2022, jego akceptacji i wyrażeniu zgody na poprowadzenie praktyki w ww. aptece (na podst. *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 lutego 2009 r. – Dz. U. 2009 Nr 31, poz. 215 - w sprawie praktyki zawodowej w aptece).***

**Umowa i skierowanie na praktykę ww. Studenta zostaną przesłane w terminie późniejszym.**

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

 (data) (podpis i pieczątka kierownika apteki lub właściciela)

Jeśli Apteka nie wykonuje leków w warunkach aseptycznych, **to min. 2 tygodnie (10 kolejnych dni roboczych), a maksymalnie 3 miesiące** będą odrobione w Aptece szpitalnej / zakładowej / innej z recepturą jałową:

*Pieczątka Szpitala / Apteki:*

Dyrektorem szpitala / Właścicielem apteki jest:

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

Kierownikiem Apteki jest:

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

Opiekunem praktykanta będzie *specjalista w zakresie farmacji aptecznej lub szpitalnej / mgr farmacji z pięcioletnim stażem pracy* \* (podkreślić właściwe, określić tytuł naukowy)

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

W razie choroby lub jakiegokolwiek zdarzenia losowego (do 14 dni) ze strony Opiekuna, Praktykant w aptece pozostanie pod opieką innego uprawnionego magistra farmacji, tj.

……………………………………………………………………………………………………………

który na czas nieobecności Opiekuna przejmie obowiązki sprawowania opieki nad Praktykantem, co określi w formie pisemnego Oświadczenia dołączonego do Dziennika praktyki. \*\*

\*\**W razie urlopu chorobowego Opiekuna (powyżej 14 dni) lub rozwiązania z nim umowy
o pracę, Apteka winna niezwłocznie powiadomić Wydziałowego Kierownika ds. praktyki, celem uzgodnienia dalszego postępowania tzn. wyznaczenia nowego Opiekuna lub zmiany miejsca odbywania praktyki zawodowej.*

Termin praktyki:

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

/podać dokładną datę **w trakcie** **trwania** 6-miesięcznej praktyki – **min. 10 kolejnych dni roboczych**/

**Podpisanie niniejszego pisma świadczy o zapoznaniu się z Regulaminem praktyki zawodowej w aptece w roku akademickim 2021 / 2022, jego akceptacji i wyrażeniu zgody na poprowadzenie praktyki w ww. aptece (na podst. *Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16 lutego 2009 r. – Dz. U. 2009 Nr 31, poz. 215 - w sprawie praktyki zawodowej w aptece).***

**Umowa i skierowanie na praktykę ww. Studenta zostaną przesłane w terminie późniejszym.**

………………………. ………………………………………………………………

 ( data )

 ( podpis i pieczątka kierownika apteki )