|  |  |
| --- | --- |
| **UNIWERSYTET MEDYCZNY**  im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu  Dziekanat Wydziału Farmaceutycznego  61-701 POZNAŃ, ul. Bukowska 70 | FORMULARZ nr 1 |

**Wniosek dotyczący sześciomiesięcznej praktyki zawodowej w aptece**

**Do właściwych ze względu na siedzibę apteki/aptek:**

***1) wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego***

***2) okręgowej rady aptekarskiej***

Na podstawie art. 2c ust. 1 Ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (tekst jednolity: Dz.U. 2019 poz. 1419) proszę o wydanie opinii w zakresie możliwości odbywania sześciomiesięcznej praktyki zawodowej w nw. aptece/aptekach zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 16 lutego 2009 r.   
w sprawie praktyki zawodowej w aptece (Dz. U. 2009 nr 31 poz. 215).

Poznań, dnia ……………….. Dziekan Wydziału Farmaceutycznego

**Imię i nazwisko Studenta/Praktykanta — ……………………………………………………………….**

**Nr albumu WF — ………………………………..**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa i adres apteki ogólnodostępnej** | Pieczątka i podpis kierownika apteki ogólnodostępnej |
| Imię i nazwisko opiekuna praktyki w aptece ogólnodostępnej | Pieczątka i podpis opiekuna praktyki w aptece ogólnodostępnej |
| Data rozpoczęcia praktyki w aptece ogólnodostępnej (DD-MM-RR): | Termin praktyki w aptece ogólnodostępnej  od………………..……..do……………………….. |
| Zgoda Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego (pieczątka WIF) | *pieczątka imienna i podpis* |
| Zgoda Okręgowej Rady Aptekarskiej (pieczątka OIA) | *pieczątka imienna i podpis* |
| **Nazwa i adres apteki szpitalnej / zakładowej / innej (z recepturą jałową)** | Pieczątka i podpis kierownika apteki szpitalnej / zakładowej / innej |
| Imię i nazwisko opiekuna praktyki w aptece szpitalnej / zakładowej / innej | Pieczątka i podpis opiekuna praktyki w aptece szpitalnej / zakładowej / innej |
| Data rozpoczęcia praktyki w aptece szpitalnej / zakładowej / innej (DD-MM-RR): | Termin praktyki w aptece szpitalnej / zakładowej / innej  od………………..……..do……….……………….. |
| Zgoda Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego (pieczątka WIF) | *pieczątka imienna i podpis* |
| Zgoda Okręgowej Rady Aptekarskiej (pieczątka OIA) | *pieczątka imienna i podpis* |