 Załącznik nr 3

**SKIEROWANIE**

**DO ODBYCIA 6-MIESĘCZNEJ 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