



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
ΛΕΥΚΩΣΙΑ 1475

Αρ. Φακ.: Φ.Υ. 5.13.17
Αρ. Τηλ.: 22-608608/684
Αρ. Φαξ.: 22-608793

8 Ιουνίου 2018

Εγκύκλιος

Προς Υπεύθυνους Φαρμακοποιούς
Ιδιωτικών Φαρμακείων

Θέμα: Πρακτική εξάσκηση στη Φαρμακευτική

Αναφέρομαι στο πιο πάνω θέμα και σε συνέχεια της εγκυκλίου ημερομηνίας 26 /01/2016, σας πληροφορώ τα ακόλουθα:

Για την απόκτηση πτυχίου, οι φοιτητές έχουν υποχρέωση να πραγματοποιήσουν πρακτική εξάσκηση ενός έτους.

Από το 2016, έχει παρατηρηθεί αύξηση των φοιτητών Φαρμακευτικής των ιδιωτικών Πανεπιστημίων Κύπρου που ολοκληρώνουν το 4^ο έτος εκπαίδευσής τους.

Λόγω της αυξημένης ανάγκης για πραγματοποίηση πρακτικής εξάσκησης, παρακαλώ όπως ενταχτείτε στον κατάλογο των φαρμακοποιών- εκπαιδευτών συμπληρώνοντας την επισυναπτόμενη δήλωση ώστε να βοηθηθούν οι μελλοντικοί μας συνάδελφοι.

Σας υπενθυμίζουμε ότι πρέπει να πληρούνται οι πιο κάτω προϋποθέσεις:

- ο φαρμακοποιός να έχει τουλάχιστον τριετή πείρα
- ο φαρμακοποιός να μην έχει κανένα είδος σχέσης με τον ασκούμενο φοιτητή (άμεση συγγένεια, γάμος, οικονομικά συμφέροντα,...)
- κάθε φαρμακοποιός να εκπαιδεύει μόνο έναν φοιτητή κάθε φορά

Σταυρούλα Νικολάου
Ανώτερη Φαρμακοποιός
για Διευθυντή Φαρμακευτικών Υπηρεσιών

27

ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΤΑΞΗ ΣΤΟΝ ΚΑΤΑΛΟΓΟ ΤΩΝ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΕΞΑΣΚΗΣΗ ΣΤΗ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ

ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΕΦΟΡΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ
1475 ΛΕΥΚΩΣΙΑ

Επιθυμώ να σας πληροφορήσω ότι επιθυμώ να ενταχτώ στον κατάλογο των
φαρμακοποιών –εκπαιδευτών στα πλαίσια της πρακτικής εξάσκησης στη
Φαρμακευτική.

Όνομα Υπεύθυνου Φαρμακοποιού:

Αριθμός Μητρώου & ημερ. εγγραφής:

Όνομα Φαρμακείου:

Διεύθυνση Φαρμακείου/εταιρείας:

ΤΤ – Δήμος / Χωριό

Τηλέφωνο Οικίας / Κινητό

Ηλεκτρονική διεύθυνση

Ο/Η υπεύθυνος/η φαρμακοποιός:

Υπογραφή.....

Όνομα.....

Ημερομηνία:.....