

ΒΕΒΑΙΩΣΗ

ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΕΞΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ

Με το παρόν βεβαιώνεται ότι:

ο / η φοιτητής / τρια / πτυχιούχος της Φαρμακευτικής:

Όνομα:.....

Διεύθυνση: Οδός & αριθμός:.....

Τ.Τ. – Δήμος / Χωριό.....

Έκανε πρακτική εξάσκηση στο Φαρμακείο:

Όνομα Φαρμακείου:.....

Διεύθυνση: Οδός & αριθμός:.....

Τ.Τ. – Δήμος / Χωριό.....

Υπό την επίβλεψη του εγγεγραμμένου Φαρμακοποιού *

Όνομα Φαρμακοποιού:.....

Αρ. Μητρώου / Ημερομηνία εγγραφής:.....

Για ολόκληρη την περίοδο που περιλαμβάνεται μεταξύ των πιο κάτω ημερομηνιών **

Ημερομηνία έναρξης:

Ημερομηνία Λήξης:

Ο/Η υπεύθυνος/η φαρμακοποιός

Ο/η ασκούμενος/η

Υπογραφή.....

Υπογραφή.....

Όνομα.....

Όνομα.....

Ημερομηνία ***

**

* Ο υπεύθυνος Φαρμακοποιός πρέπει να έχει τριετή τουλάχιστο πείρα.
Η ελάχιστη διάρκεια της Πρακτικής εξάσκησης στο ίδιο φαρμακείο θα πρέπει να είναι τουλάχιστον 3 συνεχόμενοι μήνες όπου είναι εφικτό. Πρακτική εξάσκηση για χρονική περίοδο μικρότερη του ενός μηνός δεν θα λαμβάνεται υπόψη.

*** Η βεβαίωση εκδίδεται και χρονολογείται αμέσως μετά τη λήξη της πρακτικής εξάσκησης.