

.....
pieczętka nagłówkowa apteki zatrudniającej farmaceutę

OŚWIADCZENIE KIEROWNIKA SPECJALIZACJI

Wyrażam zgodę na pełnienie obowiązków Kierownika specjalizacji dla Pani/Pana

.....
w dziedzinie **farmacji aptecznej** od dnia
(data rozpoczęcia specjalizacji osoby odbywającej specjalizację)

Miejsce odbywania specjalizacji
(nazwa i dokładny adres jednostki organizacyjnej zatrudniającej farmaceutę)

DANE KIEROWNIKA SPECJALIZACJI:

Imię i Nazwisko Kierownika specjalizacji

Tytuł zawodowy

Tytuł naukowy

Numer Prawa Wykonywania Zawodu

Telefon Adres email

Miejsce zatrudnienia

Nazwa apteki

Adres
(Kod miejscowość ulica nr domu nr lokalu)

.....
data

.....
(podpis i pieczętka Kierownika specjalizacji)