

ΒΕΒΑΙΩΣΗ
ΠΡΑΚΤΙΚΗΣ ΕΞΑΣΚΗΣΗΣ ΣΤΗ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ

Με το παρόν βεβαιώνεται ότι:

ο/η φοιτητής/τρια πτυχιούχος της Φαρμακευτικής:

Ονοματεπώνυμο (με κεφαλαία γράμματα):.....

Διεύθυνση: Οδός & αριθμός:.....

T.T. – Δήμος / Χωριό.....

Έκανε πρακτική εξάσκηση στο φαρμακείο:

Όνομα Φαρμακείου:.....

Διεύθυνση: Οδός & αριθμός:.....

T.T. – 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.