**Fogadó nyilatkozat**

Hivatalosan igazolom, hogy gyógyszertárunkban

……………….…………………………………………….……………………………………………..

……………………………………………………………………………….. (gyógyszertár neve, címe, *email címe*)

………………………………………………………………………………………….(hallgató neve)

**V. évfolyamos gyógyszerészhallgatót a 2024/2025. tanév I. félévében** az alábbi

időpont(ok)ban **záróvizsga előtti gyakorlatra** fogadom:

Gyakorlat típusai:

Gyógyszertári expediálás I. -2024. ……………….………..…….. (dátum)

Gyógyszertári gyógyszerkészítés I. **vagy**

Intézeti gyógyszertári és galenusi laboratóriumi blokk -2024. ……………………………….. (dátum)

*Kérjük, a két gyakorlat típus közül csak az egyiket válasszák ki (gyógyszerkészítés vagy intézeti), és aláhúzással jelöljék.*

Időpontok: 2024. július 15 – augusztus 11.; 2024. augusztus 12 – szeptember 13.

Dátum: ………………………………………….

………………………………….

Gyógyszertárvezető neve

………………………………….

Gyógyszertárvezető aláírása

PH.