**Fogadó nyilatkozat**

Hivatalosan igazolom, hogy gyógyszertárunkban

……………….…………………………………………….……………………………………………..……………………………………………………………………………….. (gyógyszertár neve, címe) ………………………………………………………………………………………….(hallgató neve) **V. évfolyamos gyógyszerésztan-hallgatót** **a 2023/2024. tanév II. félévében** az alábbi időpont(ok)ban **záróvizsga előtti gyakorlatra** fogadom:

Gyakorlat típusai:

* Gyógyszertári expediálás II. - 2024. ……………………………….. (dátum)
* Gyógyszertári gyógyszerkészítés II. - 2024. ……………………………….. (dátum)
* Gyógyszertári üzemeltetés, minőségbiztosítás - 2024. ……………………………….. (dátum)
* Gyógyszergazdálkodás - 2024. ……………………………….. (dátum)
* Intézeti gyógyszertári és galenusi laboratóriumi blokk - 2024. ………………………...(dátum)

1. 2024. január 22– február 25. (5 hét), 2. 2024. február 26– március 31. (5 hét), 3. 2024. április 1– április 28. (4 hét), 4. 2024. április 29 – május 24. (4 hét)

Dátum: ………………………………………….

………………………………….

Gyógyszertárvezető neve

………………………………….

Gyógyszertárvezető aláírása

PH.