**Załącznik 2.**

Wzór szczegółowego harmonogramu praktyki:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Data (D/M/R)** | **Godziny pracy****(od-do)** | **liczba godz. ogółem** | **Miejsce realizacji praktyki****(*wypełnić tylko jeśli praktyka realizowana jest poza apteką – szkolenia, konferencje)*** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |