**FORMULARZ ZGODY**

**na przyjęcie studenta farmacji Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum na PRAKTYKĘ w roku akad. 2023/2024**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Imię i nazwisko studenta:** | | |
| **Imię i nazwisko kandydata na opiekuna praktyki w Aptece\*\* i zgoda na pełnienie funkcji opiekuna:**  pieczątka i podpis kandydata na opiekuna praktyki | | |
| **Zgoda Apteki na przyjęcie na praktykę:**  Data, pieczątka Apteki z adresem i podpis kierownika Apteki, TELEFON, ADRES E-MAIL | | |
| **6-miesięczną\*** | **od dnia** | **do dnia** | |
| **3-miesięczną\* (cz. 1)** | **od dnia** | **do dnia** | |
| **3-miesięczną\* (cz. 2)** | **od dnia** | **do dnia** | |

*\* niepotrzebne skreślić*

*\*\* ze względu na jakość kształcenia zalecane jest, aby w zadeklarowanym okresie sprawował opiekę tylko nad jednym praktykantem.*

**APTEKA** (Proszę zaznaczyć wszystkie warunki, które są spełnione)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * **receptura aseptyczna** |  | **TAK** |  | **NIE** |
| * minimum 2 mgr farmacji na pełnym etacie |  | **TAK** |  | **NIE** |
| * obrót środkami odurzającymi |  | **TAK** |  | **NIE** |
| * sporządzanie leków recepturowych |  | **TAK** |  | **NIE** |

**OPIEKUN** (proszę zaznaczyć wszystkie warunki poniżej spełnione)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * specjalista z farmacji aptecznej/ szpitalnej/ klinicznej\* |  | **TAK** |  | **NIE** |
| * co najmniej 5-letnim staż pracy w aptece |  | **TAK** |  | **NIE** |
| * pozytywna opinia Izby Aptekarskiej |  | **TAK** |  | **NIE** |
|  |  |  |  |  |

**Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku rezygnacji z odbywania praktyki w zadeklarowanej aptece obowiązek poinformowania o tym fakcie apteki leży po mojej stronie. Potwierdzenie faktu poinformowania apteki o rezygnacji przedłożę wraz z wnioskiem o zmianę apteki.**

……..……………………………………………….

Data i podpis studenta

**DANE DO ZAWARCIA UMOWY/ ROZLICZENIA FINANSOWE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1.** | **Nazwa i adres usługodawcy – firmy lub osoby prowadzącej aptekę** |  |
| **2.** | **Forma prawna działalności:** |  |
|  | **numer KRS rejestru przedsiębiorców** | Akta prowadzone w Sądzie Rejonowym w: |
|  | **numer rejestru ewidencji działalności gospodarczej Urzędu Miejskiego w** ………….. |  |
| **3.** | **NIP** |  |
| **4.** | **Regon** |  |
| **5.** | **Dane kontaktowe do osoby odpowiedzialnej za podpisanie umowy i rozliczenie praktyki** |  |
| **6.** | **Adresy aptek, gdzie będą mogły odbywać się praktyki** |  |