



Wydział Farmaceutyczny

**na przyjęcie studenta farmacji Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum
na PRAKTYKĘ w roku akad. 2024/2025**

Imię i nazwisko studenta:		
Imię i nazwisko kandydata na opiekuna praktyki w Aptece** i zgoda na pełnienie funkcji opiekuna: pieczętka i podpis kandydata na opiekuna praktyki		
Zgoda Apteki na przyjęcie na praktykę:		
Data, pieczętka 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 | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| - minimum 2 mgr farmacji na pełnym etacie | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| - obrót środkami odurzającymi | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| - sporządzanie leków recepturowych | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |

OPIEKUN (proszę zaznaczyć wszystkie warunki poniżej spełnione)

- | | | | | |
|---|--------------------------|------------|--------------------------|------------|
| - specjalista z farmacji aptecznej/ szpitalnej/ klinicznej* | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| - co najmniej 5-letnim staż pracy w aptece | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | NIE |
| - pozytywna opinia Izby Aptekarskiej | <input type="checkbox"/> | TAK | <input type="checkbox"/> | 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	