

Załącznik nr 4 Formularz kontroli apteki w trakcie trwania sześciomiesięcznej praktyki zawodowej

KONTROLA APTEKI W TRAKCIE TRWANIA PRAKTYKI*

(kontroli dokonuje opiekun z uczelni)

Data kontroli	
Zakres kontroli/ Informacja o przebiegu praktyki/ Realizacji programu praktyki/	
Zalecenia pokontrolne	
Uwagi	

.....
(pieczęć i podpis opiekuna z uczelni)

KONTROLA APTEKI W TRAKCIE TRWANIA PRAKTYKI*

(kontroli dokonuje opiekun z uczelni)

Data kontroli	
Zakres kontroli/ Informacja o przebiegu praktyki/ Realizacji programu praktyki/	
Zalecenia pokontrolne	
Uwagi	

.....
(pieczęć i podpis opiekuna z uczelni)

*W przypadku realizacji praktyki dzielonej wymagane jest przeprowadzenie kontroli w każdej placówce