**ZGŁOSZENIE APTEKI DO WSPÓŁPRACY W ZAKRESIE REALIZACJI SZEŚCIOMIĘSIĘCZNYCH PRAKTYK ZAWODOWYCH W APTECE**

**Oświadczam, że wyrażam chęć podjęcia współpracy w zakresie realizacji Praktyk zawodowych studentów kierunku farmacja (zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 5.04.2022 r. w sprawie praktyki zawodowej w aptece) na czas nieokreślony.**

……………………………………………………...………

Data, miejsce i podpis kierownika apteki/właściciela apteki

Nazwa apteki ……………………………………………………………………………………………..

Adres apteki ul. …………………………………………………………………………………………..

Kod \_ \_-\_ \_ \_ miejscowość ………………………………………………...……………………………

telefon (0-………) …………………………………. e-mail: …………………………………………...

Nazwa firmy (właściciela apteki)

……………. ……………………………………………………………………………………………..

Adres: ul. …………………………………………………………………………………………..

Kod \_ \_-\_ \_ \_ miejscowość ………………………………………………...……………………………

telefon (0-………) …………………………………. e-mail: …………………………………………...

**Liczba osób zatrudnionych w aptece**

Pieczątka apteki

**w pełnym wymiarze czasu pracy posiadających**

**Prawo wykonywania zawodu farmaceuty

……………**

Wykaz pracowników **wyznaczonych do sprawowania opieki nad studentami** odbywającymi sześciomiesięczną praktykę. Zgodnie powszechnie obowiązującymi przepisami opiekun musi posiadać 5-letni staż pracy w aptece lub co najmniej dwuletni staż pracy w aptece i specjalizację z farmacji aptecznej, szpitalnej lub klinicznej.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko |  | Nr PWZ |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |

Apteka posiada/nie posiada\* loże z laminarnym nawiewem jałowego powietrza.

……………………………………………………...………

Data, miejsce i podpis kierownika apteki/właściciela apteki

Ja niżej podpisany/a wyrażam zgodę na przetwarzanie podanych danych w celu realizacji Praktyk zawodowych (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 5 kwietnia 2022 r. w sprawie praktyki zawodowej w aptece) i wyrażam zgodę na umieszczenie apteki na liście aptek współpracujących z Wydziałem Nauk Farmaceutycznych
w Sosnowcu Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach w zakresie realizacji sześciomiesięcznych praktyk studentów kierunku Farmacja. Lista aptek współpracujących z WNFS umieszczona zostanie na stronie internetowej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach i zawierać będzie nazwę apteki oraz jej adres.

……………………………………………………...………

Data, miejsce i podpis kierownika apteki/właściciela apteki

\*niepotrzebne skreślić