

.....
(oznaczenie okręgowej izby aptekarskiej)

KARTA CIĄGŁEGO SZKOLENIA

NR/.....

I CZĘŚĆ

Dane farmaceuty:

1. Imię (imiona) i nazwisko osoby odbywającej szkolenie ciągłe

.....

2. Numer dokumentu „Prawo wykonywania zawodu farmaceuty”

.....

3. Adres do korespondencji

.....

.....

4. Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej, jeżeli posiada

.....

5. Tytuł zawodowy.....

.....

6. Data wydania i numer dyplomu

.....

7. Nazwa i adres uczelni

.....

.....

8. Potwierdzenie rozpoczęcia ciągłego szkolenia (data)

.....

9. Przedłużenie okresu edukacyjnego (data)

.....

.....
(podpis prezesa okręgowej rady aptekarskiej)

III CZĘŚĆ

NIEZALICZENIE CIĄGŁEGO SZKOLENIA

Pan/Pani

od do

nie uzyskał(a) 100 punktów edukacyjnych.

.....
(podpis prezesa okręgowej rady aptekarskiej)

ZALICZENIE CIĄGŁEGO SZKOLENIA

Pan/Pani.....

odbył(a) ciągłe szkolenie w okresie edukacyjnym

od do

i uzyskał(a) 100 punktów edukacyjnych.

.....
(podpis prezesa okręgowej rady aptekarskiej)