

.....  
(pieczęć apteki)

.....  
(miejscowość, data)

## **ZAŚWIADCZENIE o odbyciu przez farmaceutę przeszkolenia uzupełniającego**

Zgodnie z art. 37 i następną ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz.U. 2022 poz. 184), zaświadcza się, że:

Pan/Pani.....  
(imię i nazwisko)

posiadający(a) Prawo Wykonywania Zawodu Farmaceuty nr.....

zamieszkały(a) w .....

ukończył(a) przeszkolenie uzupełniające

w okresie od ..... do .....

w aptece .....

(nazwa, siedziba)

.....  
(pieczęć i podpis opiekuna nadzorującego  
przebieg przeszkolenia uzupełniającego)