

.....
(pieczęć apteki)

.....
(miejscowość, data)

ZAŚWIADCZENIE
o odbyciu przez farmaceutę przeszkolenia uzupełniającego

Zgodnie z art. 37 i następne ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz.U. 2024 poz. 676), 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)