

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć podmiotu)

WYKAZ FARMACEUTÓW I TECHNIKÓW FARMACEUTYCZNYCH zatrudnionych w aptece

.....
(dokładny adres apteki)

1. Kierownik apteki

.....
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)
Nr dyplomu z dnia.....
Nr prawa wykonywania zawodu z dnia
Nr specjalizacji z dnia

2. Farmaceuci:

.....
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)
Nr dyplomu z dnia.....
Nr prawa wykonywania zawodu z dnia
Nr specjalizacji z dnia

.....
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)
Nr dyplomu z dnia.....
Nr prawa wykonywania zawodu z dnia
Nr specjalizacji z dnia

.....
(tytuł zawodowy, imię i nazwisko)
Nr dyplomu z dnia.....
Nr prawa wykonywania zawodu z dnia
Nr specjalizacji z dnia

*

3. Technicy farmaceutyczni:

.....
(imię i nazwisko)
Nr dyplomu z dnia.....
Nr zaświadczenia o odbyciu praktyki zawodowej z dnia

.....
(imię i nazwisko)
Nr dyplomu z dnia.....
Nr zaświadczenia o odbyciu praktyki zawodowej z dnia *

.....
(czytelny podpis osoby uprawnionej
do reprezentacji podmiotu)

* w przypadku większej ilości personelu wykaz poszerzyć.