**AKCEPTAČNÝ LIST**

**(1-mesačná odborná lekárenská prax)**

**Vážená pani majiteľka, pán majiteľ,**

**Vážená pani lekárnička, pán lekárnik,**

na základe Rámcovej zmluvy uzatvorenej medzi Univerzitou veterinárskeho lekárstva a farmácie v Košiciach a Slovenskou lekárnickou komorou bola Vaša lekáreň určená ako „výučbová lekáreň“ pre vykonanie odbornej lekárenskej praxe. Dovoľujeme si Vás preto požiadať o akceptáciu  vykonania 1- mesačnej kontinuálnej odbornej lekárenskej praxe študenta(ky) 3. ročníka študijného programu farmácia, ktoré je podmienkou pre udelenie zápočtu a zápisu do vyššieho ročníka.

Meno a priezvisko študenta: ..............................................................................................................................

Trvalé bydlisko: .................................................................................................................................................

 Prosíme Vás o potvrdenie súhlasu s vykonaním odbornej lekárenskej praxe pre menovaného študenta(ky) vo Vašej lekárni od ................................................... do .................................................... .

 Na základe Vášho súhlasu bude medzi Univerzitou veterinárskeho lekárstva a farmácie v Košiciach a Vašou lekárňou uzatvorená Zmluva o odbornej praxi študentov a jej vykonaní.

Ďakujeme za spoluprácu. MVDr. Martin Tomko, PhD., v.r.

 prorektor pre vzdelávanie

Lekáreň: ................................................................................................................................................................

Adresa:..................................................................................................................................................................

Kontakt (telefón, e-mail): ..........................................................................................................................

................................................................................. ........................................................................

Meno, priezvisko, titul školiteľa podpis školiteľa:

................................................................................. ........................................................................

Meno, priezvisko, titul majiteľa (konateľa) lekárne podpis majiteľa (konateľa) lekárne

Pečiatka lekárne