**AKCEPTAČNÝ LIST**

**(5-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 5-mesačnej kontinuálnej odbornej lekárenskej praxe študenta 5. ročníka študijného programu farmácia.

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

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

Prosíme Vás o potvrdenie súhlasu s vykonaním odbornej lekárenskej praxe a určením školiteľa 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: