

WZÓR

.....
(oznaczenie okręgowej izby aptekarskiej)

KARTA CIĄGŁEGO SZKOLENIA NR/.....

CZĘŚĆ I

DANE FARMACEUTY

1. Imię (imiona) i nazwisko osoby odbywającej ciągłe szkolenie

.....

2. Numer dokumentu „Prawo wykonywania zawodu farmaceuty”

.....

3. Adres do korespondencji

.....

.....

4. Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej, jeżeli posiada

.....

5. Tytuł zawodowy

.....

6. Data wydania i numer dyplomu

.....

7. Nazwa i adres uczelni

.....

.....

8. Potwierdzenie rozpoczęcia ciągłego szkolenia (data)

.....

9. Przedłużenie okresu edukacyjnego (data)

.....

.....
(podpis prezesa okręgowej rady aptekarskiej)

CZĘŚĆ II

PRZEBIEG CIĄGŁEGO SZKOLENIA

Lp.	Forma ciągłego szkolenia/Temat szkolenia	Nazwa i adres organizatora szkolenia*	Liczba godzin/dni*	Forma zaliczenia*	Liczba punktów edukacyjnych	Data, podpis
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						

* Jeżeli dotyczy.

CZĘŚĆ III

NIEZALICZENIE CIĄGŁEGO SZKOLENIA

Pan/Pani

od do

nie uzyskał(a) 100 punktów edukacyjnych.

.....
(podpis prezesa okręgowej rady aptekarskiej)

ZALICZENIE CIĄGŁEGO SZKOLENIA

Pan/Pani

odbył(a) ciągłe szkolenie w okresie edukacyjnym

od do

i uzyskał(a) 100 punktów edukacyjnych.

.....
(podpis prezesa okręgowej rady aptekarskiej)