Załącznik Nr 3

.....

Pieczątka apteki

Lp. .....

Zaświadczenie

o odbyciu przeszkolenia uzupełniającego

Zaświadczam, że

Pan/Pani.....
(imię i nazwisko)

syn/córka .....
(imię i nazwisko)

zamieszkały(a) w .....

ukończył(a) przeszkolenie uzupełniające

w okresie od ..... do .....

w aptece .....
(nazwa, siedziba)

.....

Kierownik apteki

.....

Pieczątka Okręgowej Izby Aptekarskiej