# Oświadczenie kierownika apteki, w której farmaceuta będzie odbywać przeszkolenie uzupełniające

Zgodnie z regulaminem Śląskiej Izby Aptekarskiej dotyczącym przeszkolenia uzupełniającego prosimy o uzupełnienie informacji dotyczących opiekuna oraz apteki w której ma być prowadzone przeszkolenia uzupełniające farmaceuty.

1) Czy apteka realizuje zakres usługi farmaceutycznej polegający m.in. na:
   a. Wykonywaniu leków recepturowych TAK NIE
   b. Wykonywaniu leków recepturowych w warunkach aseptycznych TAK NIE

2) Czy apteka prowadzi obrót lekami z gr I N i II P TAK NIE
3) Czy apteka przekazała do ŚIA aktualny rejestr zatrudnionych farmaceutów TAK NIE

4) Jakie są godziny czynności apteki ……

   ……..

   ……..

5) Proszę wskazać opiekuna nadzorującego przebieg przeszkolenia uzupełniającego.

   ……

…… ……

(data) (pieczątka i podpis kierownika apteki)