



FOGADÓNYILATKOZAT
gyógyszertári nyári gyakorlatra

Igazolom, hogy intézményünk

.....

(gyógyszertár neve)

.....(hallgató neve)

.....(szak) évfolyamos hallgatót

..... (időpont –tól – ig) között

gyógyszertári nyári gyakorlata letöltésére térítésmentesen fogadjuk.

Dátum:

.....

intézményi aláírás

P.H.