KOLOKWIA Z ZAKRESU PRAKTYKI APTECZNEJ

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa modułu nauczania | Temat kursu | Liczba godzin | Forma zaliczenia | Data | Ocena | Podpis |
| KOLOKWIUM KOŃCOWE | KOLOKWIUM KOŃCOWE ZE STAŻU SPECJ. PODSTAWOWEGO |  | USTNA | DATA ZAKOŃCZENIA SPECJALIZACJI | ZAL | PODPIS I PIECZĄTKA KIEROWNIKA SPECJALIZACJI |
| OCEN ZNAJOMOŚCI PIŚMIENNNICTWAnp. 2015/2016(Na każdy rok trwania specjalizacji) | SPRAWOZDANIE Z PRZEGLĄDU LITERATURY FACHOWEJ CZĘŚĆ I |  | USTNA | **(Za każdy rok)** | ZAL | PODPIS I PIECZĄTKA KIEROWNIKA SPECJALIZACJI |
| OCENA ZNAJOMOŚCI PIŚMIENNICTWA20../20.. | SPRAWOZDANIE Z PRZEGLĄDU LITERATURY FACHOWEJ CZĘŚĆ II |  | USTNA | (**Za każdy rok)** | ZAL | PODPIS I PIECZĄTKA KIEROWNIKA SPECJALIZACJI |
| OCENA ZNAJOMOŚCI PIŚMIENNICTWA20../20.. | SPRAWOZDANIE Z PRZEGLĄDU LITERATURY FACHOWEJ CZĘŚĆ III |  | USTNA | **(Za każdy rok)** | ZAL | PODPIS I PIECZĄTKA KIEROWNIKA SPECJALIZACJI |
| OCENA PUBLIKACJI | TEMAT PRACY……………………………..………………………… |  | -SESJA PLAKATOWA-PUBLIKACJA-REFERAT**(Wpisać odpowiednie)** | (**Data kiedy)** | ZAL | PODPIS I PIECZĄTKA KIEROWNIKA SPECJALIZACJI |
| OCENA UCZESNICTWA W DZIAŁANOŚCI EDUKACYJNEJ TOWARZYSTW NAUKOWYCH | UCZESTNICTWO W ROKU np. 2015-2018 |  | USTNA | DATA ZAKOŃCZENIA SPECJALIZACJI | ZAL | PODPIS I PIECZĄTKA KIEROWNIKA SPECJALIZACJI |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nazwa modułu nauczania | Temat kursu | Liczba godzin | Forma zaliczenia | Data | Ocena | Podpis |
| ADMINISTRACYJNE ASPEKTY PRACY FARMACEUTY |  |  | USTNA | (**Data kiedy)** | ZAL | PODPIS I PIECZĄTKA KIEROWNIKA SPECJALIZACJI |
| PRAWNE ASPEKTY PRACY FARMACEUTY |  |  | USTNA | (**Data kiedy)** | ZAL | PODPIS I PIECZĄTKA KIEROWNIKA SPECJALIZACJI |
| ZASADY DYSPONOWANIA LEKÓW |  |  | USTNA | (**Data kiedy)** | ZAL | PODPIS I PIECZĄTKA KIEROWNIKA SPECJALIZACJI |
| ZASADY PRZECHOWYWANIA LEKÓW RECEPTUROWYCH  |  |  | USTNA | (**Data kiedy)** | ZAL | PODPIS I PIECZĄTKA KIEROWNIKA SPECJALIZACJI |
| ZASADY SPORZĄDZANIA LEKÓW RECEPTUROWYCH |  |  | USTNA | (**Data kiedy)** | ZAL | PODPIS I PIECZĄTKA KIEROWNIKA SPECJALIZACJI |

Strona 6 i 7 w karcie specjalizacyjnej (proszę uzupełnić według wzoru, daty zaliczenia nie mogą przekroczyć daty zakończenia specjalizacji.)