

# POTVRZENÍ O ABSOLVOVÁNÍ PRAXE A HODNOCENÍ STUDENTA

**LÉKÁRENSKÁ PRAXE I (F1RP1)  - LÉKÁRENSKÁ PRAXE II (F1SM1)**

*posluchačů magisterského studijního programu Farmacie  
Farmaceutické fakulty Veterinární a farmaceutické univerzity Brno*

*Tímto potvrzují, že níže uvedený student FaF VFU Brno absolvoval Lékárenskou praxi v níže  
uvedeném zařízení a termínu:*

**Akademický rok:** ...../.....

**Jméno a příjmení studenta:**

.....

**Osobní číslo studenta:**.....

**Název a adresa lékárny:**

.....  
.....

Lékárna základního typu:

Lékárna s odbornými pracovišti:

**Termín praxe:** *od*..... *do:* .....

**Praxi vedl – lékárník školitel:** \_\_\_\_\_

**Hodnocení studenta vedoucím praxe:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Datum:**.....

.....

*Razítko lékárny  
Podpis vedoucího lékárníka*

**Ochrana osobních údajů:**

Všechny osobní údaje uvedené v Potvrzení o absolvování praxe podléhají ochraně ve smyslu Nařízení EU o ochraně osobních údajů (GDPR).

Osoby jednající za lékárnu **souhlasí** se zpracováním svých osobních údajů nezbytných pro výkon odborné lékárenské praxe studenta, a to po dobu nezbytně nutnou, nejdéle do uplynutí pěti let od ukončení magisterského studia studenta.

\_\_\_\_\_