

Data.....

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Adres

Data rozpoczęcia specjalizacji (podstawowej): .....

Do Kierownika Jednostki Szkolącej  
Studium Kształcenia Podyplomowego  
na Wydziale Farmaceutycznym  
Uniwersytet Medyczny  
w Poznaniu

### **Wniosek**

o przedłużenie czasu trwania specjalizacji z farmacji aptecznej

(podstawa prawna: §13 pkt . 3 rozporządzenia MZ z dnia 15maja 2003 r. w sprawie specjalizacji oraz uzyskiwania tytułu specjalisty przez farmaceutów)

Zwracam się z uprzejmą prośbą o przedłużenie czasu trwania specjalizacji do

dnia .....200... r.

Prośbę motywuję nie odbyciem przewidzianego stażu specjalizacyjnego\*, z powodu:

.....

Z poważaniem

.....  
zgoda kierownika specjalizacji

.....  
zgoda Konsultanta Wojewódzkiego w dziedzinie farmacji aptecznej

\*niepotrzebne skreślić