Wrocław, …………………....

…………………………

(pieczątka apteki)

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisany/a oświadczam, że zostałem/am poinformowana, że student nie odpowiada finansowo za straty spowodowane podczas odbywania 6-cio miesięcznego stażu w aptece, gdyż znajduje się pod nadzorem osoby wyznaczonej przez Kierownika apteki, która sprawuje opiekę w trakcie trwania stażu, więc pozostaje pod stosowną opieką i nie jest w wyznaczonym czasie osobą ekspediującą samodzielnie.

……………………………

(pieczątka i podpis kierownika apteki)