

- Lekarniška zbornica Slovenije - znak -

LIST FARMACEVTA SPECIALIZANTA

Ime in priimek: _____

Poštna št., kraj: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Datum rojstva: _____

Državljanstvo: _____

Diploma FFA (kraj): _____ Datum: _____

Specialistično usposabljanje:

PROGRAM

Teoretični del

Prvo leto

Obvezni del

Izbirni del

Praktični del

Področje usposabljanja	Mesto usposabljanja	Obdobje	Priimek in ime področnega mentorja
------------------------	---------------------	---------	---------------------------------------

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

Datum (od-do)	Pooblašчени izvajalci	Podpis mentorja
_____	_____	_____

Program izobraževanja in usposabljanja (navedba povprečnega števila ali ure/teden)