**Nyilatkozat**

Alulírott, ……………………………………….. hozzájárulok, hogy a(z) ………………………………….. gyógyszertárban az ehhez szükséges személyes adataim ismeretében teljeskörűen áttekintsék gyógyszerelésemet és gyógyszerészi segítséggel gyógyszerbiztonsági ellenőrzést végezzenek a Semmelweis Egyetem Gyógyszerésztudományi Karának szakképzési keretein belül kivitelezett projektmunka során.

Dátum: ………………………………., 201. ……………… ……….

…………………………………….. PH. …………………………………….

 beteg aláírása gyógyszerész aláírása

 (szakgyógyszerész-jelölt)