**Nyilatkozat**

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

Ezen felül nyilatkozom, hogy a projektmunkával kapcsolatban teljeskörű, szóbeli tájékoztatásban részesültem.

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

…………………………………….. PH. …………………………………….

 beteg aláírása gyógyszerész aláírása

 (szakgyógyszerész-jelölt)