SEMMELWEIS EGYETEM
GYÓGYSZERÉSZTUDOMÁNYI KAR
Kreditátviteli és Oktatási Bizottság

Egyetemi tanár, elnök
DR. TÁBI TAMÁS

Ikt. szám:	
Beérkezés dátuma:	

KÉRELEM SZAKMAI GYAKORLÓHELLYÉ MINŐSÍTÉSHEZ KÖZFORGALMÚ GYÓGYSZERTÁRAK RÉSZÉRE

(II. és III. évfolyamos gyógyszertári gyakorlatot és záróvizsga előtti szakmai gyakorlatot végző gyógyszerészhallgatók oktatásához)

FELSŐOKTATÁSI INTÉZMÉNY ADATAI		
Felsőoktatási intézmény neve: Semmelweis Egyetem		**Intézményi azonosító:** FI62576
Kar: Gyógyszerésztudományi Kar		
Cím: 1085 Budapest, Üllői út 26.		
Szak: gyógyszerész	**Tagozat:** nappali	**Képzés nyelve:** magyar

KÖZFORGALMÚ GYÓGYSZERTÁR ADATAI	
Név:	
Cím:	
Vezető:	
Szakképzett dolgozók száma:	**Gyógyszerész: fő, ebből szakgyógyszerész: fő** **Gyógyszertári asszisztens fő, ebből szakasszisztens fő**
Gyógyszertár működési engedélyének száma:	
Telefon:	**E-mail:**

OKTATÓ GYÓGYSZERÉSZ ADATAI *(Egy oktató gyógyszerész max. 3 hallgatót fogadhat egyszerre)*	
Név:	**Működési nyilvántartási szám:**
FELTÉTEL: Szakvizsga VAGY min. 3 év gyógyszertári területen szerzett szakmai tapasztalat	
Szakvizsga éve: __ __ __ __ év __ __ hó __ __ nap	**Szakvizsga(k) száma:**
Szakirány(ok):	
VAGY	
Munkatapasztalat: (év) -tól -ig **Munkavégzés helye:**	
Telefon:	**E-mail:**

SZAKMAI GYAKORLÓHELLYÉ MINŐSÍTÉS FELTÉTELEI				
Heti nyitvatartás eléri a 40 órát	**IGEN**		**NEM**	
Vényforgalom (átlagos)			**vény/hónap**	
Magisztrális gyógyszerkészítési tevékenység	**IGEN**		**NEM**	
Aszeptikus gyógyszerkészítés	**IGEN**		**NEM**	
Ellenőrzött anyagok adminisztrációja, forgalmazása	**IGEN**		**NEM**	
Gyógyászati segédeszközök és tápszerek forgalmazása	**IGEN**		**NEM**	
Gyógyszerészi gondozási tevékenység	**IGEN**		**NEM**	
Szakmai adatbázisokhoz való hallgatói hozzáférés lehetősége	**IGEN**		**NEM**	
Rendelkezésre állnak-e szakmai folyóiratok	**IGEN**		**NEM**	
Gyógyszertár minőségbiztosítási rendszerének főbb jelleműzi: **ISO** **Minőségügyi kézikönyv**	 **IGEN** **IGEN**		 **NEM** **NEM**	

**Kérjük X-szel jelölje a választ!*

NYILATKOZAT

Felelősségem tudatában kijelentem, hogy az űrlapon szereplő adatok a valóságot tükrözik.*

Kelt: ....., ... év .....hó .....nap

..... P.H. .....

oktató gyógyszerész aláírása **személyi jogos gyógyszerész aláírása**

FELSŐOKTATÁSI INTÉZMÉNY ÁLTALI MINŐSÍTÉS	
ALKALMAS	**NEM ALKALMAS**
Bizottság elnökének aláírása:	
Minősítés dátuma:	
Minősítés érvényességi idejének végdátuma:	

Amennyiben a Közforgalmú Gyógyszertár adataiban és az Oktató Gyógyszerész személyében nem történik változás a Minősítés 3 évig érvényes! Változás esetén új kérelem benyújtása szükséges!

Cím: 1085 Budapest, Üllői út 26.
Postacím: 1085 Budapest, Üllői út 26.; 1428 Budapest, Pf. 2.
E-mail: dhivatal@pharma@semmelweis-univ.hu
Tel.: (+36-1) 266-0449
semmelweis.hu/gytk