**Poziv apotekama za učešće u realizaciji Studentske stručne prakse**

**za studente Farmaceutskog fakulteta Univerziteta u Beogradu na studijskom programu Farmacija**

Savremeno obrazovanje magistara farmacije nužno zahteva sticanje određenih znanja, veština i stavova kroz aktivnosti studenata u realnom radnom okruženju uz rad sa mentorom i kontakt sa ostalim zdravstvenim radnicima, kao i pacijentima. Stoga je Studentska stručna praksa deo nastavnog plana i programa na Farmaceutskom fakultetu Univerziteta u Beogradu i bliže je definisana Pravilnikom o Studentskoj praksi (link: http://www.pharmacy.bg.ac.rs/files/Dokumenti/Pravilnici//Pravilnik%20o%20studentskoj%20praksi%20za%20studijski%20program%20Farmacija.pdf).

Farmaceutski fakultet u Beogradu poziva sve apotekarske ustanove da se uključe u proces obrazovanja budućih magistara farmacije, kroz sklapanje ugovora o saradnji u realizaciji Studentske stručne prakse. Svi zainteresovani popunjenu prijavu mogu poslati na e-mail: milica.benedik@pharmacy.bg.ac.rs [marina.odalovic@pharmacy.bg.ac.rs](mailto:marina.odalovic@pharmacy.bg.ac.rs) **najkasnije do 31. januara 2020. godine**.

Za sve dodatne informacije možete nas kontaktirate na e-mail: [marina.odalovic@pharmacy.bg.ac.rs](mailto:marina.odalovic@pharmacy.bg.ac.rs) ili na broj telefona: + 381 11 3951 206.

**Prijava za zaključivanje ugovora**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Naziv apotekarske ustanove** | |  | | | | |
| **Adresa** | |  | | | | |
| **Direktor/odgovorno lice apotekarske ustanove** | |  | | | | |
| **Kontakt telefon i e-mejl** | |  | | | | |
| **Broj rešenja Ministarstva zdravlja za obavljanje zdravstvene delatnosti i datum** | |  | | | | |
| **Broj upisa u APR** | |  | | | | |
| **Apotekarske ustanova ima implementirane standarde kvaliteta (ukoliko DA navesti koje)** | | **DA NE** | | | | |
| **Zdravstvena ustanova je akreditovana kod Agencije za akreditaciju zdravstvenih ustanova** | | **DA NE** | | | | |
| **Spisak apoteka koje će biti uključene u realizaciju Studentske stručne prakse**  (Ukoliko ima potrebe, dodati nove redove za unos podataka) | | | | | | |
| Naziv apoteke  u zdravstvenoj ustanovi | Puna adresa apoteke  (ulica, broj i grad) | Kontakt telefon | Ime i prezime mentora | Broj licence mentora | Broj studenata po mentoru  (1 ili 2, upisati broj) | Da li se u apoteci obavlja izrada magistralnih lekova (da/ne) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |