



REPUBLIKA E SHQIPËRISË
URDHRI I FARMACISTËVE
KËSHILLI KOMBËTAR

KËRKESË

Unë i/e nënshkruari/a _____, me datëlindje _____
dhe vendlindje _____, kam përfunduar studimet dega Farmaci, në
Universitetin _____, me datë diplomimi _____.

Kam zhvilluar Praktikën Profesionale në periudhën _____, në
farmacinë _____, me drejtues të praktikës Z/Znj _____.

Kërkoj ti nënshtrohem ritestimit të Vlerësimit të Aftësimit Praktik.

Kërkuesi/ja

_____ më _____

_____ (Emri, mbiemri, firma)