



REPUBLIKA E SHQIPËRISË
URDHRI I FARMACISTËVE
KËSHILLI KOMBËTAR

K Ë R K E S Ë

Unë i/e nënshkruari/a _____, lindur në _____

me ___/___/_____, Nr tel _____, e-mail _____

jam diplomuar në programin “Master i Shkencave në Farmaci”, në Universitetin

_____ me datë ___/___/_____

Kam kryer Praktikën Profesionale në periudhën _____, në

farmacinë _____, me drejtues të praktike Z/Znj _____

Kërkoj ti nënshtrohem ritestimit të Vlerësimit të Aftësimit Praktik.

Kërkuesi/ja

_____ më ___/___/_____

(Emri, mbiemri, firma)
