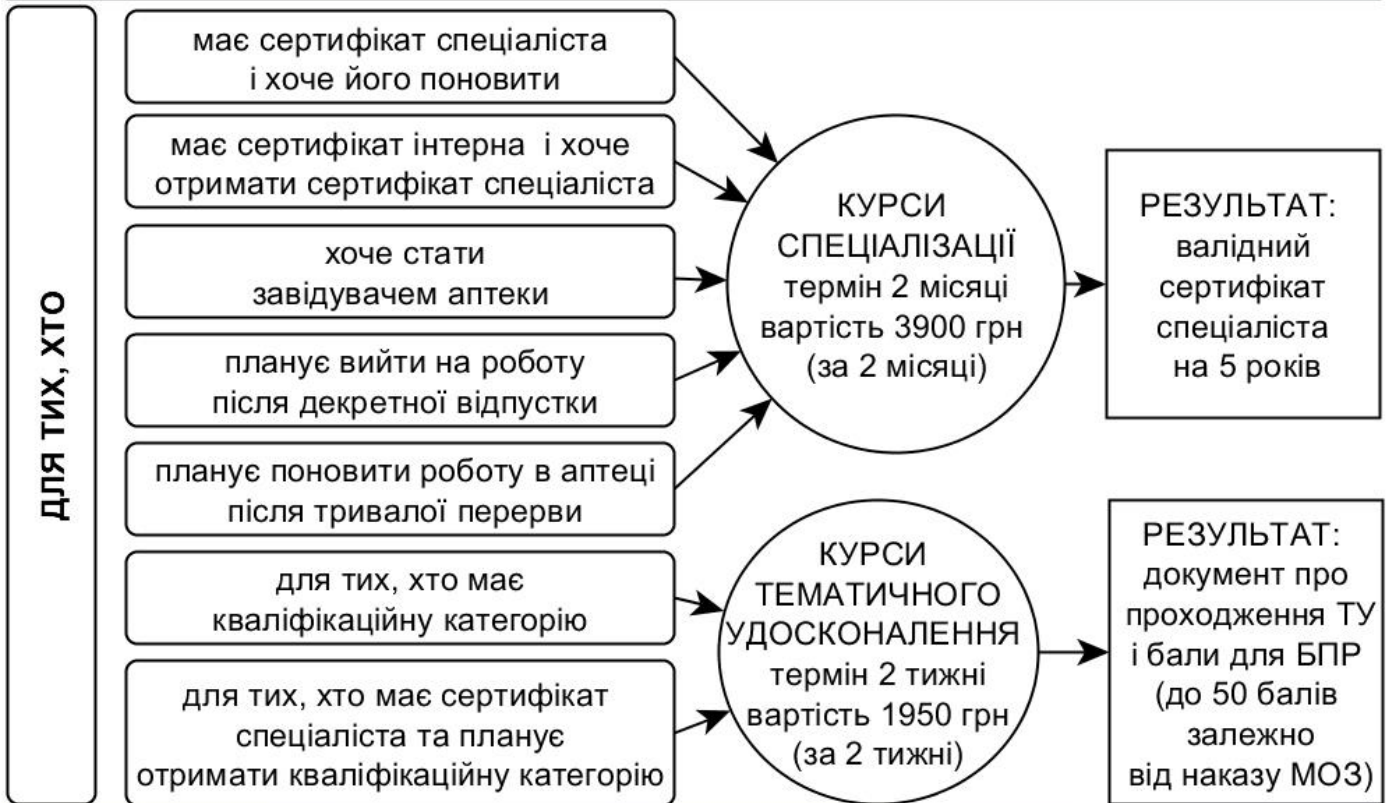


КУРСИ ДЛЯ ФАРМАЦЕВТІВ 2024 р.
ЩО ЗМІНИЛОСЯ ?!

Курси підвищення кваліфікації (ПАЦ, стажування) тривалістю 1 місяць скасовано,
але для тих, хто дбає про свій фаховий розвиток:



P.S.: для тих, хто ще вагається -
віримо в нашу ПЕРЕМОГУ, очікуємо закінчення воєнного стану;
проте ми рекомендуємо зробити перший внесок у своє особисте освітнє портфоліо -
оновити та поглибити свої знання на одному з ТУ, які проводяться кафедрою

Установа, яка проводить навчання:

кафедра організації і економіки фармації, технології ліків та фармакоекономіки факультету післядипломної освіти Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького

Контактна інформація за тел.: +38 (0-32)-276-86-18

	ТУ	Спеціалізація
Тривалість циклу:	2 тижні навчання	за 2 місяці навчання
Вартість за весь період навчання (грн.):	1 950 грн.	3 900 грн.

Перелік документів, необхідних для зарахування на навчальний цикл

Назва документа	тематичне удосконалення	Спеціалізація
Заява (в разі особистої оплати) або Клопотання (в разі оплати юридичною особою (аптекою, фармою тощо)) для отримання путівки (бланки документів на сторінці 4-5 цього файлу)		
Путівка з підписом керівника і печаткою закладу (путівку видає кафедра перед початком циклу)	+	+
Особисто заповнена картка слухача (бланк документана сторінці 3 цього файлу)	+	+
Диплом про вищу фармацевтичну освіту (оригінал та ксерокопія)	+	+
Документ, що підтверджує зміну прізвища в документах (ксерокопія)	+	+
Сертифікат інтерна – про проходження інтернатури з 1992 року (ксерокопія)	+	+
Сертифікат спеціаліста – останній наявний (ксерокопія)	+	+
Посвідчення про курси (оригінал і ксерокопія)	+	+
Трудова книжка (копія титулки та останньої сторінки)		+
Актуальне кольорове фото 1 шт. розміром 3×4		+
Договір, якщо потрібно (2 екз. з банківськими реквізитами, з підписом керівника та печаткою закладу)	+	+
Документ, що підтверджує оплату (обов'язково з вказанням ПІБ слухача та призначенням платежу) (ксерокопія)	+	+
Акт виконаних робіт (за необхідності пред'явлення за місцем роботи)	+	+

* ксерокопії мають бути завірені печаткою та підписом керівника аптечного закладу або особисто

Реквізити для оплати
Львівський національний медичний
університет імені Данила Галицького
Вул. ПЕКАРСЬКА, 69
Р/Р UA 268201720313201002201001042
ДКСУ м. Київ
Код ЄДРПОУ 02010793

В квитанції про оплату обов'язково повинно бути вказано повністю:

1. Прізвище, ім'я та по батькові особи, яка буде навчатися.
2. Призначення платежу: **оплата за курси слухачів ФПДО**

(лише за необхідності додатково:
група 1, потік 1, курс 1)

ОСОБИСТА КАРТОЧКА СЛУХАЧА

1. Назва та термін проходження циклу (згідно путівки) _____

2. Прізвище, ім'я та по батькові (*писати друкованими літерами*) _____

3. Рік народження: _____

4. Назва ВНЗ, рік закінчення, факультет _____

5. Диплом: серія _____ № _____ дата видачі _____

6. Займана посада за спеціальністю _____

7. Місце роботи: 1. Заклад ОЗ. 2. Місто / село. 3. Область. _____

8. Стаж роботи після закінчення ВНЗ, років _____
із _____ них: _____ за _____ спеціальністю

9. Друковані роботи (кількість) _____

10. Інтернатура, рік: за якою спеціальністю, номер посвідчення _____

11. Підвищення кваліфікації (останні): Рік, назва циклу, місце проходження _____

12. Аtestований (а)в _____ р. за спеціальністю _____

атестаційна категорія: _____ наказ _____

13. Адреса постійного місця проживання (телефон): _____

14. Адреса місця проживання в період навчання на циклі _____

15. _____ Дата _____ прибуття _____ на _____ цикл

16. Цикл закінчив (ла) _____

17. _____ Електронна _____ адреса _____ (gmail.com
обов'язково!!!) _____

ДЕФЕКТУРА: не пред'явив (ла) документи

Запізнення на _____ днів

Підпис _____

Проректору факультету
післядипломної освіти
Львівського національного медичного
університету ім. Данила Галицького
Оресту СІЧКОРІЗУ

(спеціальність, посада)

(місце праці)

(ім'я, прізвище)

ЗАЯВА

Прошу видати мені, _____
(прізвище ім'я, по-батькові)
путівку на госпрозрахунковій основі на цикл спеціалізації зі спеціальності
«Організація і управління фармацією / Фармацією» з _____ по _____ 20 __ р.

Оплата буде проведена за власні кошти.

« ____ » _____ 20 __ р.

(підпис)

* Оплата повинна бути проведена не пізніше ніж за 3 (три) дні до початку навчання

** Заява дійсна протягом 10 (десяти) днів від дати підписання.

Видати путівку

НА БЛАНКУ УСТАНОВИ

Проректору факультету
післядипломної освіти
Львівського національного медичного
університету ім. Данила Галицького
Оресту СІЧКОРІЗУ

Клопотання

Просимо видати путівку на госпрозрахункових засадах для проходження циклу спеціалізації зі спеціальності «**Організація і управління фармацією / Фармація**»

з _____ по _____ 20__ р. для:

1. **Прізвище, ім'я, по-батькові.**
2. **Прізвище, ім'я, по-батькові.**
3. ...
-

Оплату гарантуємо.

З повагою

(посада
керівника установи)

(підпис, ім'я ПРІЗВИЩЕ
керівника установи)

М.П.