

Автономная некоммерческая организация дополнительного профессионального образования
"Медицинская дистанционная академия"

УТВЕРЖДАЮ

Ректор

_____ А.В. Будкина

_____ 2017 г.

ОТЧЕТ О ПРОХОЖДЕНИИ СТАЖИРОВКИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ

проходящий(ая) обучение по программе: дополнительная профессиональная программа
по специальности **ВПИСЫВАЕТЕ ВАШУ СПЕЦИАЛЬНОСТЬ: УПРАВЛЕНИЕ И ЭКОНОМИКА ФАРМАЦИИ ИЛИ
ФАРМАЦИЯ.**

прошел(а) стажировку на базе **ВПИСЫВАЕТЕ НАИМЕНОВАНИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ ГДЕ ВЫ
РАБОТАЕТЕ ИЛИ ПРОШЛИ СТАЖРОВКУ**

Сроки прохождения стажировки: **(ВПИСЫВАЕТЕ СРОКИ СТАЖИРОВКИ. Сроки стажировки уточните у сотрудников
МДА по номеру: 8 800 250 11 40)**

За время прохождения стажировки специалист освоил следующие профессиональные компетенции:

Наименование компетенций	Степень освоения (ненужное зачеркнуть)
планирования и управления фармацевтическими предприятиями и организациями на всех этапах их деятельности	(освоил/не освоил)
способностью и готовностью принимать участие в обеспечении эффективной и добросовестной конкуренции на рынке фармацевтических товаров и услуг	(освоил/не освоил)
способностью и готовностью к документальному проведению предметно-количественного учета основных групп лекарственных средств	(освоил/не освоил)
способностью и готовностью к подбору, расстановке кадров и управлению работниками фармацевтических предприятий и организаций, осуществлению эффективной кадровой политики с использованием мотивационных установок и соблюдением норм трудового права	(освоил/не освоил)
способностью и готовностью организовать работу аптеки по отпуску лекарственных средств и других фармацевтических товаров населению и медицинским организациям	(освоил/не освоил)
способностью и готовностью осуществлять административное делопроизводство в аптеках, выполнять задачи по информационному обеспечению фармацевтической деятельности	(освоил/не освоил)
способностью и готовностью к обеспечению процесса хранения лекарственных средств и других фармацевтических товаров с учетом требований нормативной документации и принципов складской логистики	(освоил/не освоил)
Общая оценка освоения обучающимся практических навыков*:	(зачет/незачет)

Руководитель стажировки от фармацевтической
или медицинской организации _____

_____ (_____)
подпись

_____ (_____)
Фамилия Имя Отчество

М.П.