



كلية الصيدلة

برنامج الصيدلة الإكلينيكية

إقرار

أقر أنا الطالب/

- بأنني أطلعت على اللائحة الداخلية لكلية الصيدلة – جامعة الإسكندرية الصادرة بالقرار الوزاري رقم 1127 بتاريخ 2001/8/12 وتعديلاتها وعلى اللائحة الداخلية لبرنامج الصيدلة الإكلينيكية الصادرة بالقرار الوزاري رقم 3077 بتاريخ 2009/9/28 وتعديلاتها.
- كما أقر بقبولي :

- ١ - بمحتوى تلك اللوائح وأقر بقبولي بأية تعديلات أو إضافات لاحقه غلى تاريخ هذا الأقرار.
 - ٢ - ألتزامي التام بالنظام العام وبقواعد السلوك الطلابي المعمول بها في الكلية.
 - ٣ - سداد الرسوم الدراسية بواقع مبلغ 750 جنيه مصاريف إدارية عن كل فصل دراسي وكذلك مبلغ 330 جنيه عن كل ساعة معتمدة وكذلك رسم الجامعة وكذلك مبلغ 500 جنيه في الفصل الدراسي السادس مقابل التدريب بالمؤسسات الصيدلانية ومبلغ 1000 جنيه في الفصل الدراسي الثامن مقابل التدريب بالمستشفيات.
- وهذا إقرار مني بذلك.....

أسم الطالب/

الرقم القومي/

البريد الإلكتروني/

أتعهد أنا ولي أمر الطالب بضمان في كل ماذكر أعلاه وهذا إقرار مني بذلك

أسم ولي الأمر/

التوقيع/

الرقم القومي/

البريد الإلكتروني/

المستندات المطلوبة:

- ١ - أستمارة الكشف الطبي
- ٢ - إيصال سداد الرسوم الدراسية
- ٣ - الأقرار بعد إستيفائه
- ٤ - صورة من الرقم القومي للطالب
- ٥ - صورة من الرقم القومي لولي أمر الطالب

ملحوظة : المستندات رقم 1، 2 من كلية العلوم – مبنى إعدادي الشاطبي