

Do
(nazwa Okręgowej Rady Aptekarskiej)

**KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY
W SPRAWIE STWIERDZENIA PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU FARMACEUTY**

Proszę o wydanie dokumentu prawo wykonywania zawodu farmaceuty.

W związku z tym podaję niżej dane dotyczące mojej osoby:

1. Nazwisko _____
2. Nazwisko poprzednie _____
3. Nazwisko panieńskie _____
4. Imiona _____
5. Data i miejsce urodzenia _____
6. Obywatelstwo _____
7. Nazwa uczelni _____
Numer dyplomu * _____ data wydania _____
8. Data uzyskania dyplomu _____
9. Stopień naukowy * _____
10. Specjalizacja w zakresie * _____
11. Miejsce wykonywania zawodu* (nazwa zakładu pracy - apteka, hurtownia farmaceutyczne, inne) adres z kodem pocztowym, powiat, telefon)

12. Adres zamieszkania (dowód osobisty do okazania):
 - ulica numer domu/mieszkania _____
 - kod pocztowy _____ miejscowość _____
 - poczta _____ powiat _____
 - województwo _____
 - telefon _____

* należy dołączyć kopie dokumentów

Załączniki:

1.
2.
3.
4.
5.

.....
(podpis wnioskodawcy)

Wniosek przyjął: Data:

Kwituję odbiór dokumentu Prawo Wykonywania Zawodu Farmaceuty

oznaczonego: _____
(numer prawa wykonywania zawodu)

Data : _____

Podpis _____