

.....
Imię i Nazwisko

.....
adres zamieszkania

.....
adres do korespondencji

.....
PESEL

**Okręgowa Rada Aptekarska
w Kaliszu
ul. Korczak 8a/2
62-800 Kalisz**

Wniosek

Proszę o wszczęcie postępowania w sprawie stwierdzenia prawa wykonywania zawodu farmaceuty i wydanie (dokumentu) „Prawo wykonywania zawodu farmaceuty”.

.....
data i podpis

Oświadczenia:

I) Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

data złożenia

podpis

II) Oświadczam, że posiadam obywatelstwo _____

data złożenia

podpis

III) Oświadczam, iż zamierzam wykonywać zawód **farmaceuty na terenie woj.** _____

data złożenia

podpis

IV) Oświadczam, iż nie zachodzą okoliczności, które zgodnie z obowiązującymi przepisami stanowią przeszkodę do wykonywania przeze mnie zawodu farmaceuty.

data złożenia

podpis

Załączniki:

- 1) odpis dyplomu ukończenia magisterskich studiów na kierunku farmacja
- 2) dwa zdjęcia o wymiarach 3,5 cm x 4,5 cm (jak do paszportu),
- 3) orzeczenie lekarskie, o zdolności do wykonywania zawodu farmaceuty-aptekarza,
- 4) oświadczenie o niekaralności składane na potrzeby postępowania w sprawie przyznania PWZ
- 5) kwestionariusz osobowy.