

mgr farm. _____
imię i nazwisko
kom. _____

adres e-mail _____

**Okręgowa Rada Aptekarska
w Zielonej Górze**

**WNIOSEK
O PRYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU FARMACEUTY
I O DOKONANIE WPISU DO REJESTRU FARMACEUTÓW LOIA**

Na podstawie art. 15 ust. 1 Ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (t. j. Dz. U. 2022 r. poz. 184) przedkładam wymagane dokumenty i proszę o przyznanie Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty

oraz o wpisanie Rejestru Farmaceutów LOIA z dniem _____.

Jednocześnie informuję, że z dniem _____ zamierzam podjąć pracę

w aptece _____

_____ (nazwa i adres)

w wymiarze czasu pracy _____.

Załączam:

1. Kwestionariusz
2. Odpis dyplomu ukończenia UM
3. Orzeczenie lekarza medycyny pracy o stanie zdrowia
4. Oświadczenie o posiadaniu pełnej zdolności do czynności prawnych
5. Oświadczenia o korzystaniu z pełni praw publicznych i zdolności do czynności prawnych
6. Informacja z Krajowego Rejestru Karnego o niekaralności
7. 2 zdjęcia paszportowe

czytelny podpis farmaceuty

miejsowość i data

**Okręgowa Rada Aptekarska
w Zielonej Górze**

**KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY
W SPRAWIE PRZYZNANIA PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU FARMACEUTY
ORAZ
W SPRAWIE WPISU DO REJESTRU FARMACEUTÓW LOIA**

1. Nazwisko _____

2. Nazwisko panięńskie _____

3. Imiona _____

4. Data i miejsce urodzenia _____

5. PESEL _____

6. Imiona rodziców _____

7. Obywatelstwo _____

8. Nazwa uczelni _____

Numer dyplomu _____ data wydania _____

9. Adres zamieszkania _____

Województwo _____ Powiat _____

tel. kom. _____

e-mail _____

10. Miejsce wykonywania zawodu (nazwa i adres) _____

czytelny podpis

miejscość i data

- 2 -

Wniosek przyjął _____ data _____

Potwierdzam odbiór PWZF o numerze _____

Data _____

Czytelny podpis _____

Mgr farm. _____
imię i nazwisko

data i miejsce urodzenia

Zgodnie z art. 15 ust. 1 pkt 4 Ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (t. j. Dz. U. 2022 r. poz. 184),

Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności
prawnych.

czytelny podpis

miejsowość i data

Mgr farm. _____
imię i nazwisko

data i miejsce urodzenia

Zgodnie z art. 15 ust. 1 pkt 4 Ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (t. j. Dz. U. 2022 r. poz. 184),

Oświadczam, że korzystam z pełni praw publicznych.

czytelny podpis

miejsce i data