

....., dnia ..... r.

imię i nazwisko .....

adres do korespondencji :

ul. ....

kod poczt. miejscowość .....

Nr PWZ .....

**Pan mgr farm. Jarosław Adam Mateuszuk**

**Prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej**

**OIA w Białymstoku**

## **WNIOSEK**

Stosownie do §6 ust. 6 i 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25.06.2003 r. w sprawie szkoleń ciągłych farmaceutów zatrudnionych w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych (Dz.U. z 2018 r. poz. 499) zwracam się z prośbą o przedłużenie czasu trwania okresu edukacyjnego szkolenia ciągłego farmaceutów, obejmującego lata ..... - .....,  
o .....miesiące.

Do chwili obecnej uzyskałam (em):

..... punktów z kursów zakończonych testem (tzw. „twardych”)

..... punktów z pozostałych form szkolenia (tzw. „miękkich”)

## **UZASADNIENIE**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
data i podpis