

## Wyciąg z ustawy o izbach aptekarskich

Art. 4c.

**W celu uzyskania prawa wykonywania zawodu farmaceuty obywatel polski przedstawia:**

- 1) dokumenty potwierdzające spełnienie wymagań, o których mowa w art. 2b;(dyplom magistra farmacji)
- 2) orzeczenie lekarskie potwierdzające posiadanie stanu zdrowia pozwalającego na wykonywanie zawodu farmaceuty wydane dla Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku;
- 3) oświadczenie o posiadaniu pełnej zdolności do czynności prawnych i korzystaniu z pełni praw publicznych;
- 4) oświadczenie o pojęciu pracy na terenie Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku
- 5) informację z Krajowego Rejestru Karnego o niekaralności za przestępstwo umyślne przeciwko życiu lub zdrowiu (ważne 1 miesiąc)

Dołączyć należy również dwa zdjęcia „paszportowe” oraz wypełnione czytelnie zamieszczone poniżej formularze.

Białystok, dnia .....

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Nr dyplomu

Do  
Okręgowej Rady Aptekarskiej  
w Białymstoku

## WNIOSK

Uprzejmie proszę o wydanie mi prawa wykonywania zawodu farmaceuty,  
zgodnie z ustawą z dnia 19 kwietnia 1991r. o izbach aptekarskich(Dz.U. nr 9 poz. 108  
z pozn. zm.)

.....  
czytelny podpis

### Załączniki:

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....

Białystok, dnia .....

## O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisany.....,  
legitymujący się dowodem osobistym nr....., wydanym dnia.....,  
przez .....  
(nr PESEL.....), oświadczam, że w pełni korzystam z praw publicznych oraz  
posiadam pełną zdolność do czynności prawnych wymaganą ustawą z dnia 10 stycznia  
2008r. o zmianie ustawy z dnia 19 kwietnia 1991r. o izbach aptekarskich (Dz.U. nr 47  
poz. 273)

.....  
czytelny podpis

Białystok dnia .....

## **O Ś W I A D C Z E N I E**

Ja niżej podpisany.....,  
oświadczam, że zgodnie z art. 4.1 ustawy z dnia 10 stycznia 2008r. o zmianie  
ustawy z dnia 19 kwietnia 1991r. o izbach aptekarskich (Dz.U. nr 47 poz. 273)  
oświadczam, że podejmę pracę na terenie działania Okręgowej Izby  
Aptekarskiej w Białymstoku.

.....  
czytelny podpis

**KARTA ZGŁOSZENIOWA DO REJESTRU FARMACEUTÓW  
W OKRĘGOWEJ IZBIE APTEKARSKIEJ W BIAŁYMSTOKU**

ul . Zamenhofa 27, 15-435 Białystok  
tel./fax /085/ 732 52 75, tel. 740-60-72  
www.oiab.com.pl e-mail:biuro@oiab.com.pl

1. Nazwisko \_\_\_\_\_
2. Imiona \_\_\_\_\_
3. Nr ewidencyjny PESEL \_\_\_\_\_
4. Imiona rodziców \_\_\_\_\_
5. Nazwisko panięskie \_\_\_\_\_
6. Data i miejsce urodzenia \_\_\_\_\_
7. Narodowość \_\_\_\_\_
8. Obywatelstwo \_\_\_\_\_
9. Nazwa uczelni \_\_\_\_\_
10. Numer dyplomu \_\_\_\_\_
11. Data uzyskania dyplomu \_\_\_\_\_
12. Stopień naukowy \_\_\_\_\_
13. Specjalizacja w zakresie \_\_\_\_\_
14. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu \_\_\_\_\_
  - numer uchwały o prawie wykonywania zawodu \_\_\_\_\_
  - data wydania prawa wykonywania zawodu \_\_\_\_\_
  - nazwa organu który wydał zaświadczenie \_\_\_\_\_
15. Miejsce wykonywania zawodu (nazwa apteki, adres z kodem pocztowym, powiat, telefon)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
16. Zajmowane stanowisko (kierownik, pracownik, stażysta):  
\_\_\_\_\_
17. Adres zamieszkania :
  - ulica numer domu/mieszkania \_\_\_\_\_
  - kod pocztowy \_\_\_\_\_ miejscowość \_\_\_\_\_
  - poczta \_\_\_\_\_ powiat \_\_\_\_\_
  - województwo \_\_\_\_\_ tel. \_\_\_\_\_ e-mail:. \_\_\_\_\_

Przebieg pracy zawodowej :

L.p.	Okres pracy od - do	Nazwa zakładu pracy	adres	funkcja
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				

\_\_\_\_\_

( miejscowość, data )

\_\_\_\_\_

( podpis )