

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

imię i nazwisko .....  
adres do korespondencji :  
ul. ....  
kod poczt., miejscowość .....  
Nr PWZ .....

**Pan mgr farm. Tomasz Sawicki**  
**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