|  |
| --- |
|  **Karta zgłoszeniowa do rejestru farmaceutów** **prowadzonego przez Okręgową Radę Aptekarską w Białymstoku**  ul . Zamenhofa 27, 15-435 Białystok tel./fax /085/ 732 52 75, tel. 740-60-72 [www.oiab.com.pl](http://www.oiab.com.pl) e-mail:biuro@oiab.com.pl |

**Nazwisko** ……………………………………………………………………………………….

**Imiona** ………………………………………………………………………………………….

Nr ewidencyjny PESEL ………………Data i miejsce urodzenia .............................................

Imiona rodziców ……………………………………………………………………………….

Nazwisko panieńskie ……………………………………Obywatelstwo ……………………..

**Adres stałego zamieszkania** :

ulica numer domu/mieszkania ………………………………………………………………

kod pocztowy ……………….miejscowość ……………………………………………….

województwo ……………………… powiat ……………… gmina …………………….

tel. ………………………………….. e-mail. ……………………………

**Nazwa uczelni** …………………………………………………………………………………

Numer dyplomu ……………………………………………………………………………….

Data uzyskania dyplomu…………………………..Data wydania dyplomu …………………..

**Stopień naukowy**

Data uzyskania…………………Numer dyplomu………………………………………………

Nazwa uczelni…………………………………………………………………………………..

**Specjalizacja** w zakresie………………………………………………………………………..

Stopień i data wystawienia dyplomu…………………………………………………………...

Numer i data wydania dyplomu specjalizacji ………………………………………………….

Nazwa uczelni…………………………………………………………………………………..

**Numer prawa wykonywania zawodu**………………………………………………………..

Numer i data uchwały o prawie wykonywania zawodu ……………………………………...

Data wydania prawa wykonywania zawodu…………………………………………………..

Organ wydający ………………………………………………………………………………

**Miejsce wykonywania zawodu** (nazwa apteki, adres z kodem pocztowym, powiat, telefon) ………………………………………………………………………………………………..

Zajmowane stanowisko (kierownik, pracownik, stażysta):……………………………………..

**Ukończone szkolenia** (lata):……………………………………………………………………

- v e r t e –

Przebieg pracy zawodowej :

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 ( miejscowość, data ) (czytelny podpis )

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych

(tekst jednolity: Dz.U. z 2016 r. poz. 922 ze zm.) informuję, iż:

1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Okręgowa Izba Aptekarska w Białystoku

ul. Zamenhofa 27, 15-435 Białystok,

2) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu dokonania wpisu w rejestrze farmaceutów,

3) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania,

4) podanie danych osobowych jest obligatoryjne