

Zgodnie z Art. 15 ust.1 ustawy z dnia 10 grudnia 2020r. o zawodzie farmaceuty w celu uzyskania **prawa wykonywania zawodu**

farmaceuty osoba przedstawia:

- 1) dokumenty potwierdzające posiadanie kwalifikacji – dyplom ukończenia studiów na kierunku farmacja;
- 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;
- 4) oświadczenie o korzystaniu z pełni praw publicznych;
- 5) oświadczenie, że osoba nie została skazana prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego oraz umyślne przestępstwo skarbowe,

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

W N I O S E K

Uprzejmie proszę o wydanie mi prawa wykonywania zawodu farmaceuty,
zgodnie z ustawą z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty

.....
czytelny podpis

Załączniki:

1.
2.
3.
4.

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.....), niniejszym oświadczam, że

- posiadam pełną zdolność do czynności prawnych ;
- w pełni korzystam z praw publicznych;
- nie zostałam/łem skazany prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego oraz umyślne przestępstwo skarbowe.

.....

Miejscowość, data

.....

czytelny podpis

**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 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 i jej siedziba _____
10. Numer dyplomu _____
11. Data uzyskania dyplomu _____
- 12 Miejsce wykonywania zawodu (nazwa apteki, adres z kodem pocztowym, powiat, telefon)

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

14. Adres zamieszkania :
 - ulica numer domu/mieszkania _____
 - kod pocztowy _____ miejscowość _____
 - poczta _____ powiat _____
 - województwo _____ tel. _____
 - e-mail: _____

Uwaga! Powyższe dane muszą być zgodne ze stanem faktycznym.

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)

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity: Dz.U. z 2016r. poz. 922 ze zm.) informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Okręgowa Izba Aptekarska w Białymstoku ul. Zamenhafa 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 obowiązkowe.

....., dnia

.....
Imię i nazwisko

**Okręgowa Rada Aptekarska
w Białymstoku**

W N I O S E K

Proszę o wpisanie mnie do rejestru farmaceutów prowadzonego przez
Okręgową Radę Aptekarską w Białymstoku z dniem.....

.....
podpis wnioskodawcy