

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.
- 6) oświadczenie o zamiarze podjęcia pracy w zawodzie farmaceuty na terenie działania Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku

Do wniosku należy dołączyć oświadczenie, kartę zgłoszenia do rejestru farmaceutów oraz jedno zdjęcie „paszportowe”.

Miejscowość, 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 art. 15 ust.1 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty.

Równocześnie proszę o wpisanie mnie do rejestru farmaceutów prowadzonego przez Okręgową Radę Aptekarską w Białymstoku.

.....
czytelny podpis

Miejscowość, data

O Ś W I A D C Z E N I E

Ja niżej podpisana/y.....,
legitymująca/y 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/em skazany prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego oraz umyślne przestępstwo skarbowe.

Oświadczam, że zamierzam podjąć pracę w zawodzie farmaceuty na terenie Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku

.....
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 Białymstoku 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

**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

Nazwisko

Imiona

Nr ewidencyjny PESEL

Data i miejsce urodzenia

Imiona rodziców

Nazwisko panięskieObywatelstwo

Adres stałego zamieszkania :

ulica numer domu/mieszkania

kod pocztowymiejsowość

województwo powiat gmina

tel. e-mail.

Nazwa uczelni

Numer dyplomu

Data wydania dyplomu

Przebieg pracy zawodowej :

L.p.	Okres pracy od - do	Nazwa zakładu pracy	Adres	Funkcja
1.				staż
2.				

(miejscowość, data)

(czytelny podpis)

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

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

pieczęć nagłówekowa

.....dnia.....
miejsowość

ZAŚWIADCZENIE LEKARSKIE

Nazwisko i imię(imiona).....

Data urodzenia.....PESEL

zamieszkały(a).....

.....

Stan zdrowia w/w pozwala/nie pozwala* na wykonywanie zawodu farmaceuty.

Zaświadczenie wydaje się celem przedłożenia w Okręgowej Izbie Aptekarskiej w Białymstoku.

.....
pieczęć i podpis lekarza

*niepotrzebne skreślić