

Warszawa , dnia _____ roku

Imię i nazwisko

(ulica)

Adres stałego zameldowania

**Okręgowa Izba Aptekarska
w Warszawie
ul. Żeromskiego 77 lok. 6
01-882 Warszawa**

W związku z podjęciem pracy na terenie Okręgowej Izby Aptekarskiej w Warszawie (woj. mazowieckie) proszę o wpisanie mnie na listę członków OIA w Warszawie z dniem _____.

podpis

ZAŁĄCZNIKI:

- Kwestionariusz osobowy;
- Odpis dyplomu (kserokopia lub odpis);
- Kserokopia dyplomu specjalizacji (jeżeli dotyczy)
- Kserokopia nadania stopnia naukowego (jeżeli dotyczy)
- Kserokopia Karty szkolenia ciągłego (stron 1 i 13-jeżeli zakończono okresy edukacyjne)
- Zaświadczenie (informacja) o farmaceucie wydane przez poprzednią Izbę
- Prawo wykonywania zawodu (adnotacja o wpisaniu na listę członków **musi zostać potwierdzona przez biuro OIA w Warszawie w oryginale dokumentu PWZ**)

KWESTIONARIUSZ OSOBOWY

01. Nazwisko 02. Nazwisko panieńskie
03. Imiona
04. Numer PESEL
05. Imiona rodziców: ojca..... matki.....
06. Data i miejsce urodzenia
07. Narodowość 08. Obywatelstwo
09. Numer dyplomu i data wydania
- 09a. Nazwa uczelni, siedziba i wydział
- 09b. Data uzyskania dyplomu
- 10a. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu i data wydania
- 10b. Numer uchwały o prawie wykonywania zawodu i data wydania
- 10c. Nazwa organu, który stwierdził prawo wykonywania zawodu
11. Stopień naukowy i data wydania
- 11a. Nazwa uczelni
12. Specjalizacja, stopień w zakresie
- 12a. Data uzyskania
- 12b. Nazwa jednostki wydającej
13. Informacje o posiadaniu prawa wykonywania zawodu w innym państwie
14. Adres stałego pobytu (stały adres zameldowania):
- kod pocztowy miejscowość
 - ulica i numer
 - województwo tel. kom.
 - e-mail
15. Adres do korespondencji (jeżeli inny niż adres stałego pobytu):
- kod pocztowy miejscowość ulica i numer
16. a) **Data podjęcia pracy** w aptece/hurtowni (dd/mm/rrrr) b) **Miejsce wykonywania zawodu:**
- nazwa apteki/hurtowni
 - kod pocztowy miejscowość
 - ulica i numer
 - województwo tel. e-mail
17. Zajmowane stanowisko (kierownik, farmaceuta) - etat:

(miejscowość, data)

(czytelny podpis)

Przebieg pracy zawodowej (na terenie woj. mazowieckiego):

| Lp. | Okres pracy od - do | Nazwa zakładu pracy | Adres | funkcja |
|-----|------------------------|---------------------|-------|---------|
| 1. | | | | |
| | | | | |
| 2. | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

(miejsowość, data)

(czytelny podpis)