

Warszawa, dnia

.....
Imię i Nazwisko

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

Wniosek

Proszę o wszczęcie postępowania w sprawie przyznania prawa wykonywania zawodu farmaceuty i wydanie zaświadczenia (dokumentu) „Prawo wykonywania zawodu farmaceuty”.

Jednocześnie wnoszę o wpisanie do rejestru farmaceutów prowadzonego przez OIA w Warszawie.

podpis

Oświadczenia:

- I) Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych;
- II) Oświadczam, że korzystam z pełni praw publicznych;
- III) Oświadczam, że nie byłam(em) prawomocnie skazany wyrokiem sądu za umyślne przestępstwa ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwa skarbowe;
- IV) Oświadczam, że posiadam obywatelstwo polskie.

podpis

Uwagi:

- Oświadczenie wymagane zgodnie z art. 13 ust. 1 p. 2 i p. 5 i art. 15 ust.1 p. 5 ustawy o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2021 r. poz. 97).

Załączniki do wniosku o przyznanie PWZF:

- 1) odpis dyplomu ukończenia magisterskich studiów na kierunku farmacja,
- 2) dwa podpisane aktualne zdjęcia paszportowe/do dowodu
- 3) orzeczenie lekarskie potwierdzające posiadanie stanu zdrowia pozwalającego na wykonywanie zawodu farmaceuty (wersja .pdf - <https://tiny.pl/9g4rv>)

Kwestionariusz osobowy

PROSIMY O CZYTELNE I DOKŁADNE WYPEŁNIENIE

1. Nazwisko Nazwisko panięskie
2. Imiona 1. 2.
3. **Pesel** _____
4. Imiona rodziców: ojca matki
5. Miejsce urodzenia 5. Data ur. **dd/mm/rrrr**.....
6. Adres zameldowania. **6 a** ulica
6 b nr domu **6 c** nr mieszk. **6 d** kod ___ - ___ - ___
6 e miejscowość **6 f** gmina/dzieln.
6 g powiat **6 h** województwo
7. Adres do korespondencji. **7 a** ulica
7 b nr domu **7 c** nr mieszk. **7 d** kod ___ - ___ - ___
7 e miejscowość **7 f** gmina/dzielnica.....
7 g powiat **7 h** województwo
8. **Tel. kontaktowy** **e-mail**
9. Miejsce wykonywania pracy w aptece lub hurtowni (w przypadku jeżeli umowa została już podpisana)
- 10.
- | Nazwa zakładu pracy oraz adres zatrudnienia (ulica, nr, miejscowość) | wymiar czasu pracy |
|--|--------------------|
| | |
| | |
10. Dyplom **nr** wydany przez **UM** w
dnia
11. Informacje o posiadaniu prawa wykonywania zawodu w innym państwie

Oświadczam iż dane podane w kwestionariuszu są prawdziwe i zgodne ze stanem faktycznym a Biuro OIA w Warszawie jedynym miejscem w jakim został złożony wniosek o przyznanie PWZF

data _____ **podpis** _____

.....
pieczętka nagłówkowa gabinetu lub przychodni

.....
(data)

ZAŚWIADCZENIE

Na podstawie przeprowadzonych badań lekarskich, zgodnie z art. 4c ust.1 pkt. 2 ustawy z dnia z dnia 19 kwietnia 1991 o izbach aptekarskich (t.j. Dz.U. 2019 poz. 1419) orzeka się, że:

Pan/Pani
(imię i nazwisko)

ur. w zam.

.....
posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu farmaceuty

pieczętka i podpis lekarza orzekającego