

.....

Imię i Nazwisko

Warszawa, dnia

**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 2022 r. poz. 1873).

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 - [KLIKNIJ TUTAJ](#))

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. **6a** ulica
6b nr domu **6c** nr mieszk. **6d** kod ___ - ___ - ___
6e miejscowość **6f** gmina/dzieln.
6g powiat **6h** województwo

7. Adres do korespondencji. **7a** ulica
7b nr domu **7c** nr mieszk. **7d** kod ___ - ___ - ___
7e miejscowość **7f** gmina/dzielnica.....
7g powiat **7h** 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 _____