

.....
(miejsowość i data)

.....
(imię i nazwisko)

.....
(adres)

.....
(e-mail, telefon, numer PWZF)

Prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej

w

.....

.....

Zawiadomienie

o zamiarze podjęcia wykonywania zawodu jako aptekarz wraz z wnioskiem o umożliwienie odbycia przeszkolenia uzupełniającego

Na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (tj. Dz.U. z 2022 r., poz. 1873, z późn. zm.) zawiadamiam o zamiarze podjęcia wykonywania zawodu aptekarza.

W związku z przerwą w wykonywaniu zawodu jako aptekarz przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat/niewykonywaniem zawodu jako aptekarz po ukończeniu studiów na kierunku farmacja² oraz obowiązkiem odbycia przeszkolenia uzupełniającego, **wnoszę o:**

- 1) wskazanie podmiotu, który przeprowadzi przeszkolenie uzupełniająco;
- 2) zaakceptowanie jako podmiotu, który przeprowadzi przeszkolenie uzupełniająco³:

.....

.....
(podpis farmaceuty)

Wyrażam zgodę na odbycie przeszkolenia uzupełniającego

.....
(podpis kierownika apteki)⁴

Wyznaczam/akceptuję⁵ do odbycia przeszkolenia uzupełniającego aptekę
w okresie od do w wymiarze 40 godzin tygodniowo.

.....
(podpis Prezesa ORA)

² Niepotrzebne skreślić

³ Wypełnia farmaceuta w przypadku, gdy sam wskazuje podmiot mający przeprowadzić przeszkolenie uzupełniająco i wnosi o jego akceptację.

⁴ Podpisuje kierownik apteki, w której przeszkolenie ma być prowadzone - dotyczy przypadku, gdy farmaceuta osobiście wskazuje podmiot mający przeprowadzić przeszkolenie uzupełniająco i wnosi o jego akceptację.

⁵ Niepotrzebne skreślić.