..... 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 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 od lekarza medycyny pracy potwierdzające posiadanie stanu zdrowia pozwalającego na wykonywanie zawodu farmaceuty (wersja .pdf - KLIKNIJ TUTAJ)

Kwestionariusz osobowy

PROSIMY O CZYTELNE I DOKŁADNE WYPEŁNIENIE

1. Nazwisko ..... Nazwisko panieńskie .....
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 .....
   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. **7a** 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** _____