……………………………………….., dnia ………………………………. r.

imię i nazwisko ………………………………………

Nr PWZ …………………………………………..…

ul. ……………………………………………………

kod poczt. miejscowość ……………………………

**Pan mgr farm. Marian Witkowski**

**Prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej**

**OIA w Warszawie**

**WNIOSEK**

Stosownie do §6 ust. 6 i 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25.06.2003 r. w sprawie szkoleń ciągłych farmaceutów zatrudnionych w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych (Dz.U. z 2018 r. poz. 499) zwracam się z uprzejmą prośbą o przedłużenie czasu trwania ….. okresu edukacyjnego ciągłego szkolenia, obejmującego lata …….…….. - ……….…...

o ……. miesięcy (okres edukacyjny może być przedłużony maksymalnie o 24 miesiące).

Do chwili obecnej uzyskałam (em):

……. punktów z kursów zakończonych testem (tzw. „twardych”)

…… punktów z pozostałych form szkolenia (tzw. „miękkich”)

**UZASADNIENIE**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

………………………………………..

 Podpis profilem zaufanym