

KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY

W SPRAWIE PRYZNANIA PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU FARMACEUTY

Proszę o wydanie dokumentu prawo wykonywania zawodu farmaceuty.

W związku z tym podaję niżej dane dotyczące mojej osoby:

1. Nazwisko _____

2. Nazwisko poprzednie _____

3. Nazwisko panińskie _____

4. Imiona _____

5. Data i miejsce urodzenia _____

6. PESEL _____ 7. Obywatelstwo _____

8. Nazwa uczelni _____

Numer dyplomu * _____ data wydania _____

9. Data uzyskania dyplomu _____

10. Stopień naukowy * _____

11. Adres zamieszkania:

- ulica numer domu/mieszkania _____

- kod pocztowy _____ miejscowość _____

- poczta _____ powiat _____

- województwo _____

- nr telefonu _____ adres e-mail _____

12. Dokument potwierdzający tożsamość _____

Załączniki:

1. Odpis dyplomu wraz z suplementem (oryginał)
2. Oświadczenie
3. Orzeczenie lekarskie potwierdzające posiadanie stanu zdrowia pozwalające na wykonywanie zawodu farmaceuty.
4. Kserokopia dowodu osobistego.
5. 2 zdjęcia paszportowe.

.....
(podpis wnioskodawcy)

Wniosek przyjął: Data:

Kwituję odbiór dokumentu Prawo Wykonywania Zawodu Farmaceuty

oznaczonego: _____
(numer prawa wykonywania zawodu)

Data : _____

Podpis _____