

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. Obywatelstwo \_\_\_\_\_
7. Nazwa uczelni \_\_\_\_\_  
Numer dyplomu \* \_\_\_\_\_ data wydania \_\_\_\_\_
8. Data uzyskania dyplomu \_\_\_\_\_
9. Stopień naukowy \* \_\_\_\_\_
10. Specjalizacja w zakresie \* \_\_\_\_\_
11. Miejsce wykonywania zawodu\* (nazwa zakładu pracy - apteka, hurtownia farmaceutyczne, inne) adres z kodem pocztowym, powiat, telefon)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

12. Adres zamieszkania (dowód osobisty do okazania):

- . ulica numer domu/mieszkania \_\_\_\_\_
- . kod pocztowy \_\_\_\_\_ miejscowość \_\_\_\_\_
- . poczta \_\_\_\_\_ powiat \_\_\_\_\_
- . województwo \_\_\_\_\_

\* należy dołączyć kopie dokumentów

Załączniki:

1. Odpis dyplomu wraz z suplementem(oryginał)
2. Oświadczenie o posiadaniu pełnej zdolności do czynności prawnych
3. Oświadczenie o korzystaniu z pełni praw publicznych.
4. Orzeczenie lekarskie potwierdzające posiadanie stanu zdrowia pozwalające na wykonywanie zawodu farmaceuty.
5. Kserokopia dowodu osobistego.
6. Informacja z KRK o niekaralności za przestępstwa o umyślne, przestępstwo umyślne przeciwko życiu lub zdrowiu.
7. 2 zdjęcia paszportowe.

.....  
(podpis wnioskodawcy)

Wniosek przyjął: ..... Data: .....

---

Kwituję odbiór dokumentu Prawo Wykonywania Zawodu Farmaceuty

oznaczonego: \_\_\_\_\_  
(numer prawa wykonywania zawodu)

Data : \_\_\_\_\_

Podpis \_\_\_\_\_