

**KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY**

**W SPRAWIE STWIERDZENIA 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 panieńskie .....
4. Imiona .....
5. Data i miejsce urodzenia .....
6. Obywatelstwo .....
7. Nazwa uczelni .....
- Numer dyplomu \* ..... data wydania .....
8. Data uzyskania tytułu magistra .....
9. Stopień naukowy \* .....
10. Specjalizacja w zakresie \* .....
11. Miejsce wykonywania zawodu (nazwa zakładu pracy – apteka, hurtownia farmaceutyczna, inna) adres z kodem pocztowym, telefon  
.....  
.....  
.....
12. Adres zamieszkania
  - ulica numer domu/mieszkania .....
  - kod pocztowy ..... miejscowość .....
  - poczta ..... powiat .....
  - województwo .....

\* należy dołączyć kopie dokumentów

Załączniki:

1. Odpis dyplomu ukończenia studiów
2. Kserokopia dowodu osobistego
3. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu farmaceuty
4. 2 identyczne zdjęcia paszportowe
5. Zaświadczenie o niekaralności z Krajowego Rejestru Karnego

.....

(podpis wnioskodawcy)

Wniosek przyjął: ..... Data: .....

---

Kwituję odbiór dokumentu Prawo Wykonywania Zawodu Farmaceuty

o numerze: .....

Data: .....

Podpis: .....