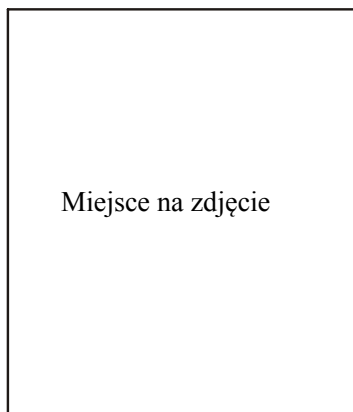




**PRAWO
WYKONYWANIA ZAWODU
FARMACEUTY**



.....
(własnoręczny podpis)

PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU FARMACEUTY

Pan(i)
(imiona i nazwisko)

urodzony(a) dnia r.
(dzień, miesiąc, rok)

W
(miejsce urodzenia)

posiadający(a) dyplom

nr wydany dnia r.

przez

.....
(numer, miejsce i data wydania dyplomu lub dokumentu stwierdzającego posiadanie określonych kwalifikacji zawodowych)

na podstawie art. 4d ust. 1 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich
(Dz.U. Nr 41, poz. 179, z późn. zm.) oraz uchwały

OKRĘGOWEJ RADY APTEKARSKIEJ

nr z dniar.

**uzyskał(a) prawo do wykonywania zawodu farmaceuty
na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.**

(pieczęć okrągła)

**Prezes
Okręgowej Rady Aptekarskiej:**

....., dnia r.
(miejsce wystawienia)

PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU FARMACEUTY

Pan(i)
(imiona i nazwisko)

urodzony(a) dnia r.
(dzień, miesiąc, rok)

W
(miejsce urodzenia)

posiadający(a) dyplom

nr wydany dnia r.

przez

.....
(numer, miejsce i data wydania dyplomu lub dokumentu stwierdzającego posiadanie określonych kwalifikacji zawodowych)

na podstawie art. 4d ust. 1 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich
(Dz. U. Nr 41, poz. 179, z późn. zm.) oraz uchwały

OKRĘGOWEJ RADY APTEKARSKIEJ

nr z dniar.

**uzyskał(a) prawo do wykonywania zawodu farmaceuty
na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej,**

z wyłączeniem samodzielnych czynności zawodowych w aptece.

(pieczęć okrągła)

**Prezes
Okręgowej Rady Aptekarskiej:**

....., dnia r.
(miejsce wystawienia)

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ODBYWANIA

1) rocznej praktyki w aptece – okres i miejsce odbywania praktyki

.....
(nazwa apteki, ulica, miejscowość)

(pieczętka)

(data)

(podpis prezesa okręgowej rady aptekarskiej)

2) stażu aptecznego – okres i miejsce odbywania stażu

.....
(nazwa apteki, ulica, miejscowość)

(pieczętka)

(data)

(podpis prezesa okręgowej rady aptekarskiej)

ADNOTACJE O ZMIANIE DANYCH OSOBOWYCH

nazwisko

imiona

.....
(nazwa dokumentu, na podstawie którego dokonano zmiany nazwiska)

wydany przez

w dniu

(pieczętka)

(data)

(podpis prezesa okręgowej rady aptekarskiej)

nazwisko

imiona

.....
(nazwa dokumentu, na podstawie którego dokonano zmiany nazwiska)

wydany przez

w dniu

(pieczętka)

(data)

(podpis prezesa okręgowej rady aptekarskiej)

ADNOTACJE O ZMIANIE DANYCH OSOBOWYCH

nazwisko

imiona

.....
(nazwa dokumentu, na podstawie którego dokonano zmiany nazwiska)

wydany przez

w dniu

(pieczętka)

(data)

(podpis prezesa okręgowej rady aptekarskiej)

nazwisko

imiona

.....
(nazwa dokumentu, na podstawie którego dokonano zmiany nazwiska)

wydany przez

w dniu

(pieczętka)

(data)

(podpis prezesa okręgowej rady aptekarskiej)

WPIS DO REJESTRU

..... Okręgowa Izba Aptekarska w

potwierdza wpis do rejestru farmaceutów na terenie województwa

.....

nr od dnia r.

(pieczęć)

(data)

(podpis prezesa okręgowej rady aptekarskiej)

SKREŚLENIE Z REJESTRU

..... Okręgowa Izba Aptekarska w

potwierdza skreślenie z rejestru farmaceutów z terenu województwa

.....

od dnia r.

(pieczęć)

(data)

(podpis prezesa okręgowej rady aptekarskiej)

WPIS DO REJESTRU

..... Okręgowa Izba Aptekarska w

potwierdza wpis do rejestru farmaceutów na terenie województwa

.....

nr od dnia r.

(pieczętka)

(data)

(podpis prezesa okręgowej rady aptekarskiej)

SKREŚLENIE Z REJESTRU

..... Okręgowa Izba Aptekarska w

potwierdza skreślenie z rejestru farmaceutów z terenu województwa

.....

od dnia r.

(pieczętka)

(data)

(podpis prezesa okręgowej rady aptekarskiej)

WPISY DOTYCZĄCE SPECJALIZACJI

Specjalizacja w zakresie
uzyskana z dniem
dokument
wydany przez
dnia

(pieczętka)

(data)

(podpis prezesa okręgowej rady aptekarskiej)

Specjalizacja w zakresie
uzyskana z dniem
dokument
wydany przez
dnia

(pieczętka)

(data)

(podpis prezesa okręgowej rady aptekarskiej)

**WPISY DOTYCZĄCE
UZYSKANYCH STOPNI NAUKOWYCH**

Stopień naukowy doktora

w zakresie

nadany przez

.....

w dniu

(pieczęć)

(data)

(podpis prezesa okręgowej rady aptekarskiej)

Stopień naukowy doktora habilitowanego

.....

w zakresie

nadany przez

.....

w dniu

(pieczęć)

(data)

(podpis prezesa okręgowej rady aptekarskiej)

**WPISY DOTYCZĄCE
UZYSKANYCH TYTUŁÓW NAUKOWYCH**

Tytuł naukowy profesora

nadany przez

.....

w dniu

(pieczętka)

(data)

(podpis prezesa okręgowej rady aptekarskiej)

Tytuł naukowy profesora

.....

nadany przez

.....

w dniu

(pieczętka)

(data)

(podpis prezesa okręgowej rady aptekarskiej)

ADNOTACJE URZĘDOWE

ADNOTACJE URZĘDOWE

POUCZENIE

1. Farmaceuta jest obowiązany do bezzwłocznego zawiadomienia okręgowej rady aptekarskiej izby, której jest członkiem, o:
 - przeniesieniu się na teren działania innej izby,
 - zmianie adresu zamieszkania,
 - zmianie pracodawcy,
 - utracie dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu,
 - uzyskaniu specjalizacji, tytułu i stopnia naukowego,
 - zmianie nazwiska,
 - utracie obywatelstwa polskiego.

2. Farmaceuta jest obowiązany do złożenia stosownego oświadczenia okręgowej radzie aptekarskiej izby, której jest członkiem, w przypadku:
 - zrzeczenia się prawa wykonywania zawodu,
 - zaprzestania wykonywania zawodu.

3. Farmaceuta, który:
 - przerwał wykonywanie zawodu na okres dłuższy niż 5 lat,
 - miał zawieszony prawo wykonywania zawodu,jest obowiązany powiadomić o zamiarze podjęcia wykonywania zawodu właściwą miejscowo okręgową radę aptekarską.

4. Farmaceuta jest obowiązany do bezzwłocznego zwrotu okręgowej izbie aptekarskiej, której jest członkiem, dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu w przypadku pozbawienia prawa wykonywania zawodu.

5. Farmaceuta nie może odstąpić dokumentu „Prawo wykonywania zawodu farmaceuty” innej osobie.