……..…………. ……………………………

 miejscowość i data

………………………………………..

 Imię i Nazwisko

………………………………………..

adres zameldowania /ulica/

……………………………………….

 kod; miejscowość

 Okręgowa Rada Aptekarska

 Okręgowej Izby Aptekarskiej w Olsztynie

 ul. Partyzantów 79/9

 10-402 Olsztyn

Proszę o wszczęcie postępowania w sprawie przyznania prawa wykonywania zawodu farmaceuty i wydanie dokumentu „Prawo Wykonywania Zawodu”.

………………………………….

 data i podpis

Oświadczenia:

1. Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

………………………………….

 podpis

1. Oświadczam, że posiadam obywatelstwo ………………………….

………………………………….

 podpis

1. Oświadczam, że korzystam z pełni praw publicznych.

………………………………….

 podpis

1. Oświadczam, że nie zostałam/em skazana/y prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego oraz umyślne przestępstwo skarbowe.

………………………………….

 podpis

1. Oświadczam, iż zamierzam wykonywać zawód farmaceuty na terenie działania OIA w Olsztynie.

………………………………….

 podpis

**Załączniki:**

1. kwestionariusz osobowy
2. odpis dyplomu ukończenia magisterskich studiów na kierunku farmacja
3. orzeczenie lekarskie od lekarza medycyny pracy potwierdzające stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu (tj. z adnotacją **zdolny do pracy na stanowisku farmaceuty**)
4. dwa zdjęcia /**aktualne**/ o wymiarach 3,5 cm x 4,5 cm (typ paszportowy)

………………………………….

 podpis wnioskodawcy

Wniosek przyjął: ………………………………… Data: ………………….

|  |
| --- |
|  |

Kwituję odbiór dokumentu Prawo Wykonywania Zawodu Farmaceuty

oznaczonego: ……………………………………………..

 (numer prawa wykonywania zawodu)

Data: …………………………. Podpis …………………......................