

Olsztyn, dnia

.....
Imię i Nazwisko Farmaceuty

.....
Nr PWZ

.....
adres zamieszkania

.....
adres zamieszkania

.....
adres e-mail

.....
nr telefonu

**Okręgowa Izba Aptekarska w Olsztynie
ul. Partyzantów 79/9
10-402 Olsztyn**

Wniosek o wydanie nowego dokumentu Prawo Wykonywania Zawodu Farmaceuty (zmiana nazwiska) *

Proszę o wydanie nowego dokumentu Prawo Wykonywania Zawodu Farmaceuty o numerze w związku ze zmianą nazwiska :

Obecne nazwisko:

Poprzednie nazwisko:

.....
data i podpis

Załączniki:

1. aktualne zdjęcie paszportowe
2. kopia dokumentu na podstawie, którego dokonano zmiany nazwiska
4. oryginał Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty

* dotyczy farmaceutów, którzy uzyskali prawo wykonywania zawodu farmaceuty po 12 lipca 2022 r.