

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 dokonanie zmiany nazwiska w rejestrze farmaceutów prowadzonym przez  
Okręgową Radę Aptekarską w Olsztynie**

Zwracam się z prośbą o dokonanie zmiany nazwiska w rejestrze farmaceutów prowadzonym przez Okręgową Radę Aptekarską w Olsztynie oraz zamieszczenie adnotacji o zmianie danych osobowych w dokumencie prawo wykonywania zawodu farmaceuty \*

Obecne nazwisko: .....

Poprzednie nazwisko: .....

.....  
data i podpis

Oryginał Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty odbiorę osobiście / proszę przesłać na adres: ..... \*\*

**Załączniki:**

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

\* zamieszczenie adnotacji dotyczy farmaceutów, którym dokument PWZ został wydany przed 12 lipca 2022 r.  
- w przypadku farmaceutów, którzy uzyskali PWZ po 12 lipca 2022 r., należy dołączyć wniosek o wydanie nowego dokumentu PWZ

\*\* niepotrzebne skreślić