

**KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY**  
**w sprawie prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty**  
**(załącznik do wniosku z dnia ..... o wydanie nowego dokumentu Prawa**  
**Wykonywania Zawodu Farmaceuty)**

Nazwisko i imiona

.....  
(zgodne z dowodem osobistym)

Nazwisko panińskie.....

Imiona rodziców .....

Obywatelstwo.....

Data i miejsce urodzenia ..... PESEL .....

Adres zamieszkania:

kod.....miejsowość.....

Ulica/Numer.....

powiat.....telefon kontaktowy .....

e-mail.....

Miejsce wykonywania zawodu .....

.....  
(nazwa zakładu pracy-apтека, hurtownia farmaceutyczna, inne- adres z kodem pocztowym telefon)

Nazwa ukończonej szkoły wyższej, jej siedziba, wydział

.....  
Nr dyplomu szkoły wyższej..... Data wydania.....

- Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z działalnością organów ŚIA w Katowicach
- Zgodnie z art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 19.04.91 r. o izbach aptekarskich (Dz. U. 2021 poz. 1850 ze zm.) zobowiązuję się niezwłocznie informować ŚIA w Katowicach o każdej zmianie wskazanych powyżej danych.

.....  
(data i podpis Wnioskodawcy)