

# Do Okręgowej Rady Aptekarskiej w KATOWICACH

## WNIOSEK

### W SPRAWIE PRYZNANIA PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU FARMACEUTY

Proszę o wydanie dokumentu prawo wykonywania zawodu farmaceuty.

W związku z tym podaję niżej dane dotyczące mojej osoby:

1. Nazwisko .....

2. Nazwisko panińskie .....

3. Imiona .....

4. Imiona rodziców .....

5. Data i miejsce urodzenia .....

6. Obywatelstwo .....

7. Nazwa uczelni .....

Numer dyplomu ..... data wydania .....

8. Data uzyskania dyplomu .....

9. Adres zamieszkania (stałego pobytu):

- ulica numer domu/mieszkania .....

- kod pocztowy ..... miejscowość .....

- województwo ..... powiat .....

- nr telefonu ..... e-mail .....

10. Dokument potwierdzający tożsamość.....  
.....  
.....

Załączniki:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
5. ....

.....  
(podpis wnioskodawcy)

Wniosek przyjął: .....Data:.....

\*\*\*\*\*

Kwituję odbiór dokumentu Prawo Wykonywania Zawodu Farmaceuty

oznaczonego: ..... z dnia .....  
(numer prawa wykonywania zawodu)

.....  
Data:

.....  
Podpis:

Katowice .....

**Oświadczenie**

Ja niżej podpisana(y).....

Córka/syn.....

zamieszkała/y

.....

oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

Oświadczenie składam w celu uzyskania prawa wykonywania zawodu farmaceuty.

Podpis.....



Katowice .....

Oświadczam, że posiadam obywatelstwo polskie.

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

Podpis.....