

**Do  
Okręgowej Rady Aptekarskiej  
w Lublinie  
proszę o przyznanie prawa wykonywania zawodu farmaceuty**

1. Nazwisko .....
2. Nazwisko poprzednie .....
3. Nazwisko panięskie .....
4. Imiona .....
5. Data i miejsce urodzenia .....
- 5a. Nr PESEL |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| (dowód osobisty do wglądu ).
6. Obywatelstwo .....
7. Nazwa uczelni .....
- Numer dyplomu \* ..... data wydania .....
8. Data uzyskania dyplomu .....
9. Stopień naukowy \* .....
10. Specjalizacja w zakresie \* .....
11. Miejsce wykonywania zawodu\* (nazwa zakładu pracy - apteki, hurtownia farmaceutyczna inne) adres z kodem pocztowym, powiat, telefon)  
.....  
.....  
.....
12. Adres zamieszkania (dowód osobisty do wglądu):
  - ulica numer domu/mieszkania .....
  - kod pocztowy ..... miejscowość .....
  - poczta ..... powiat .....
  - województwo .....

\* należy dołączyć kopie dokumentów

Załączniki :

- 1) dokumenty potwierdzające spełnienie wymagań, o których mowa w art. 2b ustawy o izbach aptekarskich;
- 2) orzeczenie lekarskie potwierdzające posiadanie stanu zdrowia pozwalającego na wykonywanie zawodu farmaceuty;
- 3) oświadczenie o posiadaniu pełnej zdolności do czynności prawnych;
- 4) informację z Krajowego Rejestru Karnego o niekaralności za przestępstwo umyślne przeciwko życiu lub zdrowiu;
- 5) oświadczenie o korzystaniu z pełni praw publicznych.

.....  
(podpis wnioskodawcy)

Wniosek przyjął: ..... Data : .....

---

Kwituję odbiór dokumentu Prawo Wykonywania Zawodu Farmaceuty

oznaczonego numerem PWZ Farmaceutów |\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|\_\_\_|

(numer prawa wykonywania zawodu)

Data: .....

Podpis .....