....…………………………………….………………..

*miejscowość, data*

**Wielkopolska Okręgowa Rada Aptekarska**

**w Poznaniu**

**WNIOSEK**

**o przyznanie prawa wykonywania zawodu farmaceuty i wpis do rejestru farmaceutów prowadzonego przez Wielkopolską Okręgową Radę Aptekarską**

Zgodnie z art. 4 i 4c ustawy z dnia 19 kwietnia o izbach aptekarskich (Dz. U. Nr 9, poz. 108 z 2003 r. ze zm.), zwracam się z prośbą o przyznanie mi prawa wykonywania zawodu farmaceuty.

Imię/imiona .………………………………………………………………………….……

Nazwisko ……………...………………………..…………………………….…………….

Data i miejsce urodzenia …………………………..………………………………..

Jednocześnie oświadczam, że zamierzam wykonywać zawód farmaceuty na terenie działania Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Poznaniu.

Miejsce wykonywania zawodu: (nazwa zakładu pracy, adres)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………..…

………………………………………………………………………………………………………………………………………….…....

……………………………………………………

*czytelny podpis*

Do wniosku dołączam:

1. odpis dyplomu magistra farmacji potwierdzający ukończenie studiów farmaceutycznych;
2. orzeczenie lekarskie o stanie zdrowia pozwalającym na wykonywanie zawodu farmaceuty;
3. oświadczenie o posiadaniu pełnej zdolności do czynności prawnych, korzystaniu z pełni praw publicznych oraz oświadczenie, że nie byłam/byłem prawomocnie skazana(y) za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe;
4. zdjęcie paszportowe;
5. wypełniony kwestionariusz osobowy.