**KWESTIONARIUSZ OSOBOWY**

**Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej dla osób,**

**które ubiegają się o przyznanie prawa wykonywania zawodu farmaceuty**

1. **Dane:**
2. Imię/imiona i nazwisko: …………………………………………..…………………………………………..………
3. Nazwisko rodowe ……………………………………………………………………………………………………..…
4. Datę i miejsce urodzenia: …………………………………………………………………………………….……….
5. Numer PESEL: ………………………………………………………………………………………………….………….
6. Imiona rodziców: ……………………………………………………………………………………..………………….
7. Obywatelstwo: …………………………….…………………………………………………
8. Miejsce zamieszkania: Kod pocztowy: …………..………. Miejscowość: ………………………………..

Ulica: …………...………………………………………..……….…….. Nr domu …………………….…………..……

Województwo ……………………………………………...……… Powiat …………………………………………

1. Rok ukończenia studiów na kierunku farmacja …….………………………….……………………..…….
2. Numer dyplomu ukończenia studiów wskazanych w pkt 8 powyżej: ……………..…………..….
3. Nazwa szkoły wyższej, w której odbywały się studia wskazane w pkt 8 (także miasto):

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

1. Miejsce (nazwa apteki, adres) wymaganej praktyki w aptece: ……….………………..…………….

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

1. Data ukończenia wymaganej praktyki w aptece: …………….………..….……….……………………….
2. Rodzaj i datę uzyskania stopnia i tytułu naukowego …………………………………………….…...….
3. Informacja o posiadaniu prawa wykonywania zawodu farmaceuty w innym państwie:

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

1. Dane kontaktowe:
2. nr tel. …………………………….……… adres e-mail ……………………………………………………………….
3. **Pouczenia:**
4. Zgodnie z art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r.  o izbach aptekarskich (Dz.U. 1991 Nr 41, poz. 179 z późn. zm.) (dalej: UoIA) farmaceuta ma obowiązek informować niezwłocznie właściwą okręgową izbę aptekarską, o danych objętych rejestrem farmaceutów, tj. danych wskazanych w pkt I. 1 – 12 powyżej i każdej zmianie tych danych.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(data, miejscowość) (czytelny podpis)*

1. **Oświadczenie dotyczące przetwarzania danych osobowych:**
2. Niniejszym potwierdzam, że zapoznałam/em się z treścią klauzuli informacyjnej dla członków Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej, której aktualna wersja znajduje się na stronie [www.woia.pl](http://www.woia.pl).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(data, miejscowość) (czytelny podpis)*

1. Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych wskazanych w pkt I. 15 powyżej (dalej: Dane dobrowolne) przez WOIA w celu realizacji przez WOIA jej obowiązków/uprawnień wskazanych w UoZF oraz UoIA i wydanych na ich podstawie aktach prawnych (w tym aktach organów samorządu zawodowego farmaceutów) oraz innych przepisów prawa. Podanie tych danych jest dobrowolne.
2. WOIA informuje Panią/Pana, że:
3. Dane dobrowolne nie będą przekazywane żadnym osobom trzecim;
4. Dane dobrowolne będą przechowywane przez WOIA do czasu wycofania przez Panią/Pana zgody na ich przetwarzanie;
5. Pani/Pana zgoda na przetwarzanie Danych dobrowolnych może zostać cofnięta w dowolnym momencie przez wysłanie wiadomości e-mail na adres WOIA biuro@woia.pl spod adresu, którego zgoda dotyczy;
6. W odniesieniu do Danych dobrowolnych WOIA nie będzie podejmował decyzji opartych wyłącznie na zautomatyzowanym przetwarzaniu tych danych;
7. Przysługują Pani/Panu prawa określone w klauzuli informacyjnej wskazanej w pkt. III. 1 powyżej (w części: Prawa osoby, której dane dotyczą).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 *(data, miejscowość) (czytelny podpis)*