



Do Okręgowej Rady Aptekarskiej
Beskidzkiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Bielsku-Białej

=====

KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY
W SPRAWIE PRYZNANIA PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU FARMACEUTY

Proszę o wydanie dokumentu: **Prawo Wykonywania Zawodu Farmaceuty (PWZ)**

W związku z tym podaję niżej dane dotyczące mojej osoby:

1. Nazwisko.....
2. Nazwisko poprzednie.....
3. Nazwisko rodowe.....
4. Imiona.....
5. Imiona rodziców
6. Data i miejsce urodzenia/PESEL
7. Obywatelstwo
8. Nazwa uczelni.....
Numer dyplomu data wydania
9. Data uzyskania dyplomu.....
10. Stopień naukowy *.....
11. Specjalność w zakresie *.....
12. Miejsce wykonywania zawodu
(pełna nazwa apteki, hurtowni farmaceutycznej - dokładny adresem, kod pocztowy, powiat, telefon)

13. Adres zamieszkania :

- ulica, numer domu/mieszkania.....
- kod pocztowy..... miejscowość.....
- poczta..... powiat.....
- województwo.....
- telefon..... e-mail.....

* należy dołączyć kopie dokumentów

- v e r t e -

Załączniki:

1. Odpis Dyplomu ukończenia studiów magisterskich na kierunku farmacja
2. Zaświadczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do wykonywania zawodu farmaceuty.
3. Oświadczenie – zdolność do czynności prawnych
4. Oświadczenie – o korzystaniu z pełni praw publicznych.
5. Oświadczenie, że osoba nie została skazana prawomocnym wyrokiem Sądu za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego oraz umyślne przestępstwo skarbowe.
6. Oświadczenie – że nie wykonuję jednocześnie zawodu lekarza, lekarza dentystry, felczera, starszego felczera, lekarza weterynarii, pielęgniarki i położnej.
7. 1 zdjęcie kolorowe do dowodu lub paszportu w formacie: 35 x 45 mm podpisane oraz 1 zdjęcie w formacie pliku JPG przysłane na adres e-mail: biuro@bielsko.boia.pl z adresu wskazanego we Wniosku.
8. Dowód osobisty do wglądu.
9. Zgoda na przetwarzanie danych osobowych.

.....
(podpis Wnioskodawcy/Farmaceuty)

Wniosek przyjął: Data:

Kwituję odbiór dokumentu Prawo Wykonywania Zawodu Farmaceuty

oznaczonego: _____
(numer prawa wykonywania zawodu)

Data : _____

Podpis _____



Bielsko-Biała, dnia.....

.....

Nazwisko i Imię

.....

PESEL

.....

Telefon

.....

e-mail

OŚWIADCZENIE – o posiadaniu pełnej zdolność do czynności prawnych

Ja niżej podpisana/y

syn /córka

zamieszkała/y

.....

świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat” dobrowolnie oświadczam, **że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.**

Oświadczenie składałam w celu uzyskania prawa wykonywania zawodu farmaceuty.

.....
podpis Farmaceuty

Ustawa o Zawodzie Farmaceuty – (Dz. U. 2025, poz. 608, art. 15 ust. 1 pkt 4)



.....
Nazwisko i Imię

Bielsko-Biała, dnia.....

.....
PESEL

.....
Telefon

.....
e-mail

OŚWIADCZENIE – o korzystaniu z pełni praw publicznych

Ja niżej podpisana/y

syn /córka

zamieszkała/y

.....
świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat” dobrowolnie oświadczam, **że korzystam z pełni praw publicznych.**

Oświadczenie składałam w celu uzyskania prawa wykonywania zawodu farmaceuty.

.....
podpis Farmaceuty



.....
Nazwisko i Imię

Bielsko-Biała, dnia.....

.....
PESEL

.....
Telefon

.....
e-mail

**OŚWIADCZENIE –
że osoba nie została prawomocnie skazana za umyślne przestępstwo ścigane
z oskarżenia publicznego oraz umyślne przestępstwo skarbowe**

Ja niżej podpisana/y

syn /córka

zamieszkała/y

.....
świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat” dobrowolnie oświadczam, **że nie byłam/-em prawomocnie skazana/-y za umyślne przestępstwo ścigane z oskarżenia publicznego lub umyślne przestępstwo skarbowe.**

Oświadczenie składam w celu uzyskania prawa wykonywania zawodu farmaceuty.

.....
podpis Farmaceuty

.....
(pieczęć gabinetu lub przychodni lekarza)

.....
(data)

ZAŚWIADCZENIE – orzeczenie lekarskie

Na podstawie przeprowadzonych badań lekarskich, zgodnie z art. 15 ust. 1 pkt 2 Ustawy o Zawodzie Farmaceuty z dnia 10 grudnia 2020r. (tj. Dz. U. 2024, poz. 676) orzeka się, że:

Pani/ Pan

PESEL:

ZAMIESZKAŁA/ŁY:

posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu farmaceuty.

.....
(pieczęć i podpis lekarza orzekającego)



ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH

Ja, niżej podpisana/ny wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w podanym niżej zakresie: numer telefonu oraz adres poczty e-mail przez Beskidzką Okręgową Izbę Aptekarską z siedzibą w Bielsku-Białej (kod pocztowy: 43-300) przy ul. 3 Maja 27/4a w celu otrzymywania od Beskidzkiej Okręgowej Izby Aptekarskiej informacji związanych z wykonywaniem zawodu farmaceuty oraz zawiadomień o szkoleniach, składkach, etc.

Niniejsza zgoda jest dobrowolna. Mam prawo cofnąć niniejszą zgodę w każdym czasie (powyżej wskazane dane będą przetwarzane do czasu cofnięcia zgody). Mam prawo dostępu do danych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, prawo do przeniesienia danych a także prawo do sprzeciwu i prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego. Administratorem danych jest Beskidzka Okręgowa Izba Aptekarska z siedzibą w Bielsku-Białej (kod pocztowy: 43-300) przy ul. 3 Maja 27/4a, która przetwarza wyżej wskazane dane zgodnie z Polityką Bezpieczeństwa.

nr telefonu:

adres e-mail:

.....
Podpis Farmaceuty



.....
Nazwisko i Imię

Bielsko-Biała, dnia.....

.....
PESEL

.....
Telefon

.....
e-mail

**OŚWIADCZENIE –
że nie wykonuję jednocześnie zawodu lekarza, lekarza dentysty, felczera,
starszego felczera, lekarza weterynarii, pielęgniarki, położnej**

Ja niżej podpisana/y

syn /córka

zamieszkała/y

.....
świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu karnego „Kto składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat” dobrowolnie oświadczam, **że nie wykonuję jednocześnie zawodu lekarza, lekarza dentysty, felczera, starszego felczera, lekarza weterynarii, pielęgniarki, położnej**

Oświadczenie składam w celu uzyskania prawa wykonywania zawodu farmaceuty.

.....
podpis Farmaceuty

Ustawa o Zawodzie Farmaceuty – (Dz. U. 2025, poz. 608, art.30 pkt 2)