

.....  
(oznaczenie okręgowej izby aptekarskiej)

## KARTA ROZWOJU ZAWODOWEGO FARMACEUTY

NR ...../.....

### I CZĘŚĆ

Dane farmaceuty:

1. Imię (imiona) i nazwisko

.....

2. Numer dokumentu „Prawo wykonywania zawodu farmaceuty”

.....

3. Adres do korespondencji

.....

.....

4. Numer telefonu lub adres poczty elektronicznej, jeżeli posiada

.....

5. Potwierdzenie rozpoczęcia ciągłego szkolenia (data)

.....

.....

.....  
(podpis prezesa okręgowej rady aptekarskiej)



### III CZĘŚĆ

#### ZALICZENIE USTAWICZNEGO ROZWOJU ZAWODOWEGO

Pan/Pani.....

odbył(a) ustawiczny rozwój zawodowy w okresie rozliczeniowym

od ..... do .....

i uzyskał(a) 100 punktów edukacyjnych.

.....  
(podpis prezesa okręgowej rady aptekarskiej)