....…………………………………….………………..

miejscowość, data

**Prezydium**

**Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej**

**WNIOSEK**

**o przyznanie prawa wykonywania zawodu farmaceuty**

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 .………………………………………………………………………….……

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

Nazwisko rodowe …………………………..……………………………..

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

……………………………………………………

podpis

Do wniosku dołączam:

1. odpis dyplomu magistra farmacji potwierdzający ukończenie studiów farmaceutycznych;
2. zaświadczenie o odbyciu sześciomiesięcznej praktyki zawodowej w trakcie studiów;
3. orzeczenie lekarskie o stanie zdrowia pozwalającym na wykonywanie zawodu farmaceuty;
4. oświadczenie o posiadaniu pełnej zdolności do czynności prawnych i korzystaniu z pełni praw publicznych;
5. informację z Krajowego Rejestru Karnego o niekaralności za przestępstwa popełnione z winy umyślnej przeciwko życiu lub zdrowiu;
6. dwa zdjęcia legitymacyjne;
7. wypełniony kwestionariusz osobowy.