



**PRAWO  
WYKONYWANIA  
ZAWODU  
FARMACEUTY**

okładka

Miejsce na zdjęcie

(własnoręczny podpis)

**PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU FARMACEUTY**

Pan(i) \_\_\_\_\_  
(imię i nazwisko)

urodzony(a) dnia \_\_\_\_\_ r.  
(dzień, miesiąc, rok)

w \_\_\_\_\_  
(miejsce urodzenia)

posiadający(a) dyplom \_\_\_\_\_  
nr \_\_\_\_\_ wydany dnia \_\_\_\_\_ r.  
przez \_\_\_\_\_

(numer, miejsce i data wydania dyplomu lub dokumentu stwierdzającego posiadanie określonych kwalifikacji zawodowych)

zgodnie z art. 4d ust. 1 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2003 r. Nr 9, poz. 108, z późn. zm.) oraz na podstawie uchwały

**OKRĘGOWEJ/NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ**

Nr \_\_\_\_\_ z dnia \_\_\_\_\_ r.

uzyskał/a prawo wykonywania zawodu farmaceuty na obszarze  
**Rzeczypospolitej Polskiej**

\_\_\_\_\_ (numer prawa wykonywania zawodu)

(pieczęć okręgowa) Prezes  
Okręgowej/Naczelnej Rady  
Aptekarskiej

\_\_\_\_\_ dnia \_\_\_\_\_ r.  
(miejsce wystawienia)

wewnętrzna strona okładki nr 1

### ADNOTACJE O ZMIANIE DANYCH OSOBOWYCH

nazwisko \_\_\_\_\_

imiona \_\_\_\_\_

(nazwa dokumentu, na podstawie którego dokonano zmiany nazwiska)

wydany przez \_\_\_\_\_

w dniu \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(pieczęć okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

nazwisko \_\_\_\_\_

imiona \_\_\_\_\_

(nazwa dokumentu, na podstawie którego dokonano zmiany nazwiska)

wydany przez \_\_\_\_\_

w dniu \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(pieczęć okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

2

### ADNOTACJE O ZMIANIE DANYCH OSOBOWYCH

nazwisko \_\_\_\_\_

imiona \_\_\_\_\_

(nazwa dokumentu, na podstawie którego dokonano zmiany nazwiska)

wydany przez \_\_\_\_\_

w dniu \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(pieczęć okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

nazwisko \_\_\_\_\_

imiona \_\_\_\_\_

(nazwa dokumentu, na podstawie którego dokonano zmiany nazwiska)

wydany przez \_\_\_\_\_

w dniu \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(pieczęć okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

3

### WPIS DO REJESTRU

\_\_\_\_\_ Okręgowa Izba Aptekarska w \_\_\_\_\_

potwierdza wpis do rejestru farmaceutów na terenie województwa \_\_\_\_\_

nr \_\_\_\_\_ od dnia \_\_\_\_\_ r.

\_\_\_\_\_  
(pieczęć okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

### SKREŚLENIE Z REJESTRU

\_\_\_\_\_ Okręgowa Izba Aptekarska w \_\_\_\_\_

potwierdza skreślenie z rejestru farmaceutów z terenu województwa \_\_\_\_\_

od dnia \_\_\_\_\_ r.

\_\_\_\_\_  
(pieczęć okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

4

### WPIS DO REJESTRU

\_\_\_\_\_ Okręgowa Izba Aptekarska w \_\_\_\_\_

potwierdza wpis do rejestru farmaceutów na terenie województwa \_\_\_\_\_

nr \_\_\_\_\_ od dnia \_\_\_\_\_ r.

\_\_\_\_\_  
(pieczęć okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

### SKREŚLENIE Z REJESTRU

\_\_\_\_\_ Okręgowa Izba Aptekarska w \_\_\_\_\_

potwierdza skreślenie z rejestru farmaceutów z terenu województwa \_\_\_\_\_

od dnia \_\_\_\_\_ r.

\_\_\_\_\_  
(pieczęć okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

5

### WPIS DO REJESTRU

Okręgowa Izba Aptekarska w \_\_\_\_\_  
potwierdza wpis do rejestru farmaceutów na terenie województwa \_\_\_\_\_

nr \_\_\_\_\_ od dnia \_\_\_\_\_ r.

(pieczęć okręgowej rady aptekarskiej) \_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_ (podpis) \_\_\_\_\_

### SKREŚLENIE Z REJESTRU

Okręgowa Izba Aptekarska w \_\_\_\_\_  
potwierdza skreślenie z rejestru farmaceutów z terenu województwa \_\_\_\_\_

od dnia \_\_\_\_\_ r.

(pieczęć okręgowej rady aptekarskiej) \_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_ (podpis) \_\_\_\_\_

6

### WPIS DO REJESTRU

Okręgowa Izba Aptekarska w \_\_\_\_\_  
potwierdza wpis do rejestru farmaceutów na terenie województwa \_\_\_\_\_

nr \_\_\_\_\_ od dnia \_\_\_\_\_ r.

(pieczęć okręgowej rady aptekarskiej) \_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_ (podpis) \_\_\_\_\_

### SKREŚLENIE Z REJESTRU

Okręgowa Izba Aptekarska w \_\_\_\_\_  
potwierdza skreślenie z rejestru farmaceutów z terenu województwa \_\_\_\_\_

od dnia \_\_\_\_\_ r.

(pieczęć okręgowej rady aptekarskiej) \_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_ (podpis) \_\_\_\_\_

7

### WPIS DO REJESTRU

Okręgowa Izba Aptekarska w \_\_\_\_\_  
potwierdza wpis do rejestru farmaceutów na terenie województwa \_\_\_\_\_

nr \_\_\_\_\_ od dnia \_\_\_\_\_ r.

(pieczęć okręgowej rady aptekarskiej) \_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_ (podpis) \_\_\_\_\_

### SKREŚLENIE Z REJESTRU

Okręgowa Izba Aptekarska w \_\_\_\_\_  
potwierdza skreślenie z rejestru farmaceutów z terenu województwa \_\_\_\_\_

od dnia \_\_\_\_\_ r.

(pieczęć okręgowej rady aptekarskiej) \_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_ (podpis) \_\_\_\_\_

8

### WPIS DO REJESTRU

Okręgowa Izba Aptekarska w \_\_\_\_\_  
potwierdza wpis do rejestru farmaceutów na terenie województwa \_\_\_\_\_

nr \_\_\_\_\_ od dnia \_\_\_\_\_ r.

(pieczęć okręgowej rady aptekarskiej) \_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_ (podpis) \_\_\_\_\_

### SKREŚLENIE Z REJESTRU

Okręgowa Izba Aptekarska w \_\_\_\_\_  
potwierdza skreślenie z rejestru farmaceutów z terenu województwa \_\_\_\_\_

od dnia \_\_\_\_\_ r.

(pieczęć okręgowej rady aptekarskiej) \_\_\_\_\_ (data) \_\_\_\_\_ (podpis) \_\_\_\_\_

9

ADNOTACJE ODNOŚZĄCE SIĘ DO WYKONYWANIA  
ZAWODU FARMACEUTY



ADNOTACJE ODNOŚZĄCE SIĘ DO WYKONYWANIA  
ZAWODU FARMACEUTY



WPISY DOTYCZĄCE SPECJALIZACJI

Specjalizacja w zakresie \_\_\_\_\_

uzyskana z dniem \_\_\_\_\_

dokument \_\_\_\_\_

wydany przez \_\_\_\_\_

dnia \_\_\_\_\_

(pieczęć okrągłej rady aptekarskiej)

(data)

(podpis)

Specjalizacja w zakresie \_\_\_\_\_

uzyskana z dniem \_\_\_\_\_

dokument \_\_\_\_\_

wydany przez \_\_\_\_\_

dnia \_\_\_\_\_

(pieczęć okrągłej rady aptekarskiej)

(data)

(podpis)

WPISY DOTYCZĄCE  
UZYSKANYCH STOPNI NAUKOWYCH

Stopień naukowy doktora \_\_\_\_\_

w zakresie \_\_\_\_\_

nadany przez \_\_\_\_\_

w dniu \_\_\_\_\_

(pieczęć okrągłej rady aptekarskiej)

(data)

(podpis)

Stopień naukowy doktora habilitowanego \_\_\_\_\_

w zakresie \_\_\_\_\_

nadany przez \_\_\_\_\_

w dniu \_\_\_\_\_

(pieczęć okrągłej rady aptekarskiej)

(data)

(podpis)

WPISY DOTYCZĄCE  
UZYSKANYCH TYTUŁÓW NAUKOWYCH

Tytuł naukowy profesora \_\_\_\_\_  
nadany przez \_\_\_\_\_

w dniu \_\_\_\_\_

(prezesa okręgowej rady aptekarskiej)      (data)      (podpis)

Tytuł naukowy profesora \_\_\_\_\_  
nadany przez \_\_\_\_\_

w dniu \_\_\_\_\_

(prezesa okręgowej rady aptekarskiej)      (data)      (podpis)

14



15

Strona bez nadruku przeznaczona  
na wpisy uzupełniające



16

Strona bez nadruku przeznaczona  
na wpisy uzupełniające

POUCZENIE

1. Farmaceuta jest obowiązany do bezwzględnego zawiadomienia okręgowej rady aptekarskiej izby, której jest członkiem, o:
  - 1) zmianie danych osobowych,
  - 2) przeniesieniu się na teren działania innej izby,
  - 3) zmianie adresu zamieszkania,
  - 4) utracie dokumentu „Prawo wykonywania zawodu farmaceuty”.
2. Farmaceuta jest obowiązany do złożenia stosownego oświadczenia okręgowej radzie aptekarskiej izby, której jest członkiem, w przypadku:
  - 1) zrzeczenia się prawa wykonywania zawodu,
  - 2) zaprzestania wykonywania zawodu.
3. Farmaceuta, który nie wykonuje zawodu farmaceuty w aptece przez okres dłuższy niż 5 lat w ciągu ostatnich 6 lat, a zamierza podjąć jego wykonywanie w aptece, ma obowiązek zawiadomić o tym właściwą okręgową radę aptekarską.
4. Farmaceuta jest obowiązany do bezwzględnego zwrótu okręgowej izbie aptekarskiej, której jest członkiem, dokumentu „Prawo wykonywania zawodu farmaceuty” w przypadku pozostawienia prawa wykonywania zawodu.
5. Farmaceuta nie może oddzielić dokumentu „Prawo wykonywania zawodu farmaceuty” innej osobie.
6. O fakcie zgubienia, zniszczenia lub kradzieży niniejszego dokumentu należy powiadomić właściwą miejscowo okręgową radę aptekarską.

15

wewnętrzna strona okładki nr 2