**Załącznik Nr 1 do wniosku o przyznanie**

**prawa wykonywania zawodu farmaceuty**

**KWESTIONARIUSZ**

**W SPRAWIE**

**PRZYZNANIA PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU FARMACEUTY**

**\*kwestionariusz prosimy wypełniać drukowanymi literami**

**1.** Imiona …………………………………………………………………………………………………….............

**2.** Nazwisko ...............................................................................................................................................

**3.** Nazwisko poprzednie .............................................................................................................................

**4.** Nazwisko panieńskie ..............................................................................................................................

**5.** Numer PESEL …………………………………………………………………………………………………….

**6.** Data i miejsce urodzenia........................................................................................................................

**7.**  Imiona rodziców ………………………………………………………………………………………………….

**8.** Obywatelstwo .........................................................................................................................................

**9.** Miejsce zamieszkania: miejscowość…………………………………ulica……………………………………

kod pocztowy ………poczta……………………..powiat…………………………..województwo………….

…………………………………………………… …………………………………………………………………

**10.** Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż adres miejsca zamieszkania):

miejscowość…………………………………ulica………………………………………………………………

kod pocztowy ………poczta……………………..powiat…………………………..województwo………….

…………………………………………………… …………………………………………………………………

**11.** Numer dyplomu ukończenia studiów............................rok ukończenia studiów…………………………

nazwa szkoły wyższej i jej siedziba .......................................................................................................

**12.** Rodzaj i stopień posiadanej specjalizacji………………………………………………………………………..

data jej uzyskania …………………………..nazwa jednostki szkolącej ………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………

**13.** Rodzaj posiadanego stopnia i tytułu naukowego.....................................................................................

data uzyskania……………………..jednostka nadająca stopień, tytuł……………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

**14.** Miejsce wykonywania zawodu (nazwa: apteki, hurtowni, działu farmacji, itp., adres: miejscowość, ulica   
i kod pocztowy, wymiar czasu pracy)

..................................................................................................................................................................

...............................................................................................................................................................

…………………………………………………………..

Data i podpis wnioskodawcy