

**KWESTIONARIUSZ  
W SPRAWIE  
PRYZNANIA 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