**Załącznik Nr 1 do wniosku o wpisanie do rejestru farmaceutów prowadzonego przez ORA w Lublinie**

**(dla osób posiadających prawo wykonywania zawodu farmaceuty)**

**KWESTIONARIUSZ**

**W SPRAWIE**

**WPISANIA DO REJESTRU FARMACEUTÓW
 PROWADZONEGO PRZEZ ORA W LUBLINIE**

**(dla osób posiadających PWZ)**

**\*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 miejsce 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………………….. nazwa jednostki nadającej stopień, tytuł …………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………….

**14.** Numer prawa wykonywania zawodu…………………………………………………………………………..

numer uchwały rady aptekarskiej przyznającej prawo wykonywania zawodu ……………………………….

data podjęcia uchwały ……………………………………………………………………………………………….

**15.** Informacja o posiadaniu prawa wykonywania zawodu w innym państwie: numer ………………… rodzaj

dokumentu………………………………………………………….państwo……………………………………………

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

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

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

 **16**. Przebieg pracy zawodowej

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Miejsce pracy** | **Okres**  | **Stanowisko; wymiar****czasu pracy** | **Adres** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

…………………………………………….

 data i podpis