

**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 pocztowypoczta.....powiat.....województwo.....
10. Adres do korespondencji (jeżeli jest inny niż miejsce zamieszkania):
miejscowość.....ulica.....
kod pocztowypoczta.....powiat.....województwo.....
11. Numer dyplomu ukończenia studiów.....rok ukończenia studiów.....
nazwa szkoły wyższej i jej siedziba
12. Rodzaj i stopień posiadanej specjalizacji.....
data jej uzyskanianazwa 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