………………………………………… Data ……………………

(imię i nazwisko)

…………………………………………

…………………………………………

 (nr PWZ)

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

( adres)

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

…………………………………………

(e-mail, telefon)

**Okręgowa Rada Aptekarska w Lublinie
ul. Lubartowska 60**

**20-094 Lublin**

**Wniosek o przedłużenie okresu edukacyjnego\***

Zgodnie z § 6 ust. 6 i 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 lutego 2018 r. w sprawie ciągłych szkoleń farmaceutów zatrudnionych w aptekach lub hurtowniach farmaceutycznych (Dz.U. z 2018 r. poz. 499) w związku z art. 90 Ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (t.j. Dz.U.2022.1873) zwracam się z uprzejma prośbą o przedłużenie czasu trwania szkolenia edukacyjnego **o 12 miesięcy/o 24 miesiące.**\*\*

Oświadczam, że mój okres edukacyjny rozpoczął się w dniu ………………………………………………….. Informuję, że na dzień złożenia wniosku uzyskałam/em:………….ogółem punktów edukacyjnych za udział w wybranych formach szkolenia ciągłego w tym………………w ramach kursów zakończonych testem.

**UZASADNIENIE WNIOSKU**

-------------------------------------------

podpis wnioskodawcy

\*dotyczy okresów edukacyjnych rozpoczętych przed 1 stycznia 2022r.

\*\*niepotrzebne skreślić