

.....  
(imię i nazwisko)

Data .....

.....  
(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 uprzejmą 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