

**WNIOSEK  
W SPRAWIE STWIERDZENIA PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU FARMACEUTY**

Proszę o wydanie dokumentu prawo wykonywania zawodu farmaceuty.

W związku z tym podaję niżej dane dotyczące mojej osoby:

1. Nazwisko .....

2. Nazwisko panieńskie .....

3. Imiona .....

4. Imiona rodziców .....

5. Data i miejsce urodzenia .....

6. Obywatelstwo .....

7. Nazwa uczelni .....

Numer dyplomu ..... data wydania .....

8. Data uzyskania dyplomu .....

9. Adres zamieszkania (dowód osobisty do wskazania):

- ulica numer domu/mieszkania .....

- kod pocztowy ..... miejscowość .....

- województwo ..... powiat .....

- nr telefonu .....nr telefonu komórkowego .....

Załączniki:

- 1.....
- 2.....
- 3.....
- 4.....
- 5.....

.....

(podpis wnioskodawcy)

Wniosek przyjął: .....Data:.....

\*\*\*\*\*

Kwituję odbiór dokumentu Prawo Wykonywania Zawodu Farmaceuty

oznaczonego: ..... z dnia .....  
(numer prawa wykonywania zawodu)

.....

Data:

.....

Podpis:

Katowice .....

***Oświadczenie***

Ja niżej podpisana(y).....

Córka/syn.....

zamieszkała/y

.....

oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

Oświadczenie składam w celu uzyskania prawa wykonywania zawodu farmaceuty.

Podpis.....

---

Katowice .....

Oświadczam, że posiadam obywatelstwo polskie.

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

Podpis.....