

KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY
w sprawie Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty
(załącznik do wniosku z dnia o wydanie duplikatu Prawa Wykonywania Zawodu)

Nazwisko i imiona

.....
(zgodne z dowodem osobistym)

Nazwisko panięskie

Imiona rodziców

Obywatelstwo

Data i miejsce urodzenia

PESEL

Adres zamieszkania:

kod pocztowy miejscowość

ulica/numer

powiat telefon kontaktowy

e-mail

Miejsce wykonywania zawodu

.....
.....
(nazwa zakładu pracy-apteka, hurtownia farmaceutyczna, inne - adres z kodem pocztowym telefon)

Nazwa ukończonej szkoły wyższej, jej siedziba, wydział

Nr dyplomu szkoły wyższej, data wydania

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z działalnością organów Śląskiej Izby Aptekarskiej w Katowicach

Zgodnie z art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 19.04.1991 r. o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 1419 ze zm.) zobowiązuję się niezwłocznie informować Śląską Izbę Aptekarską w Katowicach o każdej zmianie wskazanych powyżej danych.

.....
(data i podpis Wnioskodawcy)

Kwituję odbiór duplikatu dokumentu

Prawo Wykonywania Zawodu Farmaceuty oznaczonego numerem

Data:

Podpis.....