

Miejscowość _____ dnia _____

Nazwisko i imię _____

Adres _____

Numer PWZ _____

(dane farmaceuty składającego wniosek)

Prezes Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej

WNIOSEK o przedłużenie czasu odbywania ciągłego szkolenia

Stosownie do §6 ust. 6 i 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 20.02.2018 r. w sprawie ciągłych szkoleń farmaceutów zatrudnionych w aptekach lub hurtowniach farmaceutycznych (Dz. U. z 2018 r. poz. 499), zwracam się z uprzejmą prośbą o przedłużenie czasu odbywania okresu edukacyjnego ciągłego szkolenia przypadającego na lata _____ o okres:

12 miesięcy

(zaznaczyć właściwe)

24 miesięcy.

Do chwili obecnej uzyskałam (em):

tzw. „twardych” punktów (za udział w kursach)

tzw. „miękkich” punktów.

UZASADNIENIE wniosku

data i podpis (imię i nazwisko)