

DANE EWIDENCYJNE FARMACEUTY

Nr.....

Nazwisko i imiona

PESEL..... Data i miejsce urodzenia

Nazwisko panieńskie

Imiona rodziców

Obywatelstwo.....

Adres zamieszkania.....

Województwo /powiat.....

Adres korespondencyjny.....

Województwo /powiat.....

nr tel.....nr.tel.kom.....e-mail.....

Miejsce wykonywania zawodu (nazwa apteki, adres z kodem, telefon).....

data zatrudnienia.....Zajmowane stanowisko (kierownik, pracownik)

dowód tożsamości

Nr dok. toż.....

Nr dyplomu szkoły wyższej Data ukończenia studiów

Nazwa szkoły wyższej, jej siedziba, wydział

Data i miejsce ukończenia rocznej praktyki/półrocznego stażu w aptece.....

Rodzaj i stopień posiadanej specjalizacji, data jej uzyskania oraz jednostki szkolącej.....

Rodzaj i data uzyskania stopnia i tytułu naukowego oraz nazwa jednostki nadającej stopień i tytuł.....

Nr i nazwa organu wydającego prawo wykonywania zawodu.....

Nr uchwały rady aptekarskiej nadającej prawo wykonywania zawodu

Posiadanie prawa wykonywania zawodu w innym państwie

Informacja o ograniczeniach w wykonywaniu zawodu

Przyjmuję do wiadomości informację o konieczności regulowania składek członkowskich na rzecz Izby w wysokości określonej uchwałą Uchwała Nr 14/3/R-VI/2018 z dnia 5 kwietnia 2018 r. OORA dot. wysokości składki członkowskiej.

Oświadczam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą przetwarzania moich danych osobowych w związku z przyznaniem mi prawa wykonywania zawodu. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z działalnością organów OOIA w Opolu opisanych w ww. karcie informacyjnej.

Zgodnie z art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 19.04.91r. o izbach aptekarskich z dnia 19 kwietnia 1991 r. (Dz.U. Nr 41, poz. 179 z późn. zm.) zobowiązuję się niezwłocznie informować OOIA w Opolu o każdej zmianie wskazanych powyżej danych.

.....
Data i podpis