



**ZAŁĄCZNIKI:**

1. kserokopię oryginału dyplomu ukończenia studiów (oryginał do wglądu)
2. zaświadczenie lekarskie potwierdzające posiadanie stanu zdrowia pozwalającego na wykonywanie zawodu farmaceuty *(załączone poniżej)*
3. oświadczenie o obywatelstwie *(załączone poniżej)*
4. oświadczenie o posiadaniu pełnej zdolności do czynności prawnych *(załączone poniżej)*
5. informację z Krajowego Rejestru Karnego o niekaralności za przestępstwo umyślne przeciwko życiu lub zdrowiu
6. oświadczenie o korzystaniu z pełni praw publicznych *(załączone poniżej)*
7. dwa aktualne, identyczne zdjęcia paszportowe o wymiarach 35 x 45 mm (podpisane na odwrocie)
8. oświadczenie o nieposiadaniu dokumentu Prawo Wykonywania Zawodu *(załączone poniżej)*
9. w przypadku zmiany nazwiska – decyzja administracyjna lub skrócony odpis aktu małżeństwa

**Jednocześnie oświadczam, że nie zachodzą okoliczności, które w myśl obowiązujących przepisów stanowiłyby przeszkodę do wykonywania zawodu farmaceuty.**

.....  
Miejscowość i data złożenia

.....  
Podpis

---

**Kwituję odbiór prawa wykonywania zawodu farmaceuty**

Nr:.....

Z dnia.....

.....  
data i podpis

Tożsamość stwierdzono na podstawie:

---

## **OŚWIADCZENIE O OBYWATELSTWIE**

-----  
data i podpis

*PRZYKŁADOWY WZÓR: („Oświadczam, że posiadam obywatelstwo ...”)*

---

## **OŚWIADCZENIE O POSIADANIU PEŁNEJ ZDOLNOŚCI DO CZYNNOŚCI PRAWNYCH**

-----  
data i podpis

*PRZYKŁADOWY WZÓR: („Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do wykonywania czynności prawnych ...”)*

---

## **OŚWIADCZENIE O KORZYSTANIU Z PEŁNI PRAW PUBLICZNYCH**

-----  
data i podpis

*PRZYKŁADOWY WZÓR: („Oświadczam, że korzystam z pełni praw publicznych ...”)*

---

## **OŚWIADCZENIE O NIEPOSIADANIU PWZ**

*Oświadczam, że nie posiadam dokumentu Prawo Wykonywania Zawodu Farmaceuty, ani też nie ubiegam się o jego stwierdzenie na terenie innej Okręgowej Izby Aptekarskiej.*

-----  
data i podpis

---

.....  
pieczętka lekarza orzekającego z nr wpisu do rejestru lekarzy  
przeprowadzających badania profilaktyczne

.....  
(data)

## **ZAŚWIADCZENIE**

Na podstawie przeprowadzonych badań lekarskich, zgodnie z art. 4c ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 19.04.1991r. o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2003r. Nr 9 poz. 108 ze zm.) orzeka się, że:

Pan/Pani .....  
(imię i nazwisko)

ur. .... W ..... zam. ....

.....  
posiada stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu farmaceuty.

.....  
(podpis i pieczęć)