

.....
(Imiona i Nazwisko)

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Adres)

.....
(Adres –c.d.)

.....
(Nr telefonu)

**Gdańska Okręgowa Izba Aptekarska
ul. Batorego 18
80-251 Gdańsk**

W związku z podjęciem pracy na terenie działania GOIA z dniem
w aptece mieszczącej się w
przy ul. zwracam się z prośbą o **w p i s** na listę
członków GOIA.

.....
(Podpis)

Załączniki:

1. Kwestionariusz Nr 2 do rejestru farmaceutów
2. Oryginał prawa wykonywania zawodu farmaceuty
(odbiorę osobiście / proszę przesłać na adres:) *
3. Kserokopia zaświadczenia z poprzedniej OIA (jeśli dotyczy)
4. Kserokopia dyplomu mgr farm (oryginał do wglądu)
5. Kserokopia dowodu osobistego (oryginał do wglądu)
6. Kserokopie świadectw pracy (jeśli dotyczy).

* - niepotrzebne skreślić

Nr rejestracyjny:

K W E S T I O N A R I U S Z N R 2

do Rejestru Farmaceutów

.....
(imiona i nazwisko farmaceuty)

.....
(data i miejsce urodzenia)

.....
(imiona rodziców)

.....
(nazwisko panieńskie)

.....
(posiadane obywatelstwo)

.....
adres zamieszkania : ulica nr kod poczt. miasto telefon

.....
miejsce wykonywania zawodu

.....
nr dyplomu magistra farmacji

.....
data wydania

.....
uczelnia : siedziba , wydział

.....
nr prawa wykonywania zawodu farmaceuty i

.....
data wydania

.....
rodzaj i stopień posiadanej specjalizacji

.....
numer

.....
data uzyskania

.....
miejsowość, dnia

.....
podpis