

**Komunikat dla absolwentów wydziałów farmaceutycznych ubiegających się
o prawo wykonywania zawodu farmaceuty
w Gdańskiej Okręgowej Izbie Aptekarskiej**

WYMAGANE DOKUMENTY:

1. Odpis dyplomu magistra farmacji,
2. Orzeczenie lekarskie potwierdzające posiadanie stanu zdrowia pozwalającego na wykonywanie zawodu farmaceuty wystawione przez lekarza medycyny pracy (ewentualnie innego lekarza POZ),
3. Komplet wypełnionych kwestionariuszy i oświadczeń (do pobrania ze strony www.goia.org.pl zakładka Formularze do pobrania),
4. Dowód wpłaty składki członkowskiej (co najmniej za 1 miesiąc),
5. 2 aktualne zdjęcia paszportowe - podpisane.

Powyższe dokumenty należy dostarczyć do biura Izby (ul. Rakoczego 9/U4, 80-288 Gdańsk) drogą pocztową lub kurierem lub osobiście.

Dokumenty 1-4 można przesłać w postaci skanu na adres: biuro@goia.org.pl.

Oryginały dokumentów należy dostarczyć najpóźniej w dniu ślubowania.

Procedura uzyskania PWZ

ruszy po dostarczeniu do biura Izby kompletu dokumentów.

W dniu ślubowania - odbioru oryginału PWZ należy dostarczyć oryginały wszystkich dokumentów (poza dostarczonymi wcześniej oryginałami)

oraz mieć opłaconą składkę członkowską za co najmniej jeden miesiąc.

WAŻNE! Należy mieć przy sobie dowód osobisty do wglądu.

Nr rejestracyjny:

KWESTIONARIUSZ NR 2 do Rejestru Farmaceutów

.....
(imiona i nazwisko farmaceuty)

.....
(data i miejsce urodzenia)

.....
(imiona rodziców)

.....
(PESEL)

.....
(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

Do,
(nazwa Okręgowej Rady Aptekarskiej)

**KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY
W SPRAWIE
STWIERDZENIA PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU FARMACEUTY**

Proszę o wydanie dokumentu prawo wykonywania zawodu farmaceuty.

W związku z tym podaję niżej dane dotyczące mojej osoby :

1. Nazwisko
2. Nazwisko poprzednie
3. Nazwisko panieńskie
4. Imiona
5. Data i miejsce urodzenia
6. Obywatelstwo
7. Nazwa uczelni
- Numer dyplomu data wydania
8. Data uzyskania dyplomu
9. Stopień naukowy (od doktoratu) *
10. Specjalizacja w zakresie *
11. Miejsce wykonywania zawodu (nazwa zakładu pracy – apteka, hurtownia farmaceutyczna, inne) adres z kodem pocztowym, powiat, telefon)
.....
.....
12. Adres zamieszkania (dowód osobisty do okazania):
 - ulica nr domu/mieszkania
 - kod pocztowy miejscowość
 - poczta powiat
 - województwo

* należy dołączyć kopie dokumentów

Załączniki :

1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.

.....
(podpis wnioskodawcy)

Wniosek przyjęł data

.....
(imiona i nazwisko)

Gdańsk, dnia

.....
(ulica)

.....
(kod, miejscowość)

**Gdańska Okręgowa
Izba Aptekarska
ul.Rakoczego 9/U4
80-288 Gdańsk**

Proszę o przyjęcie w poczet członków Gdańskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej
w związku z podjęciem w dniu pracy w

.....

.....
podpis

.....
(imiona i nazwisko)

Gdańsk, dnia

.....
(ulica)

.....
(kod, miejscowość)

**Gdańska Okręgowa
Izba Aptekarska
ul.Rakoczego 9/U4
80-288 Gdańsk**

Proszę o wydanie prawa wykonywania zawodu farmaceuty na podstawie dołączonych
dokumentów.

.....
podpis

Gdańsk, dnia

O ś w i a d c z e n i e

Ja niżej podpisany(a)

syn / córka
(imiona rodziców)

zamieszkały(a)

oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

Oświadczenie składam w celu uzyskania prawa wykonywania zawodu farmaceuty.

Podpis

Gdańsk, dnia

O ś w i a d c z e n i e

Ja niżej podpisany(a)

syn / córka
(imiona rodziców)

zamieszkały(a)

oświadczam, że korzystam z pełni praw publicznych.

Oświadczenie składam w celu uzyskania prawa wykonywania zawodu farmaceuty.

Podpis

Gdańsk, dnia

O ś w i a d c z e n i e

Ja niżej podpisany(a)

syn / córka
(imiona rodziców)

zamieszkały(a)

oświadczam, że nie zostałem/łam skazany/a prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego oraz umyślne przestępstwo skarbowe.

Oświadczenie składam w celu uzyskania prawa wykonywania zawodu farmaceuty.

Podpis

....., dnia

ZGODA NA PRZETWARZANIE DANYCH OSOBOWYCH
W CELU KOMUNIKACJI Z GDAŃSKĄ OKRĘGOWĄ IZBĄ APTEKARSKĄ

Ja,..... ,

zam. w..... ,
zgadzam się na przetwarzanie moich danych osobowych w postaci imienia i nazwiska, numeru telefonu komórkowego oraz adresu poczty elektronicznej, przez administratora danych osobowych - Gdańską Okręgową Izbę Aptekarską z siedzibą w Gdańsku (kod pocztowy: 80-288), ul. ul. Rakoczego 9/U4, w następujących celach:

- informowania o sprawach samorządu farmaceutów,
- informowania o decyzjach organów samorządu farmaceutów,
- wykonywania wszelkich zadań samorządu farmaceutów, w tym w szczególności zadań wynikających z obowiązujących przepisów prawa,
- realizowania przez Izbę moich próśb i wniosków,
- załatwiania przez Izbę zleconych przeze mnie spraw, w tym wydawania potrzebnych dokumentów i udzielania informacji.

Dane zostały przeze mnie podane dobrowolnie. Podstawą przetwarzania danych jest moja zgoda.

Mam prawo do wycofania zgody w dowolnym momencie. Dane osobowe będą przetwarzane do momentu odwołania przeze mnie zgody, a jeżeli ich przetwarzanie w świetle obowiązujących przepisów konieczne będzie również po takim odwołaniu, przez okres niezbędny do realizacji zadań, wynikających z obowiązujących ustaw bądź do momentu przedawnienia roszczeń przysługujących administratorowi danych osobowych wobec mnie bądź do momentu przedawnienia moich roszczeń w stosunku do administratora.

Mam prawo żądać od administratora - Gdańskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej z siedzibą w Gdańsku, dostępu do moich danych osobowych, ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, (a także przeniesienia moich danych do wskazanego przeze mnie podmiotu) oraz prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego.

W przypadku pytań, dotyczących przetwarzania danych osobowych, prosimy o kontakt z administratorem danych:

- a) e-mailowo pod adresem: biuro@goia.org.pl
- b) listownie: ul. Rakoczego 9/U4, 80-288 Gdańsk.

Imię i nazwisko:

Nr telefonu komórkowego:

Adres poczty elektronicznej:

Podpis
(data i podpis wyrażającego zgodę)