

Wnioskodawca:

.....
Imię i nazwisko

.....
Nr PWZF

.....
Nr telefonu

**Okręgowa Rada Aptekarska
Okręgowej Izby Aptekarskiej
w Gdańsku**

**WNIOSEK
O DOKONANIE WPISU DO REJESTRU FARMACEUTÓW**

W związku z art. 25 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz.U. z 2021 r. poz. 97) oraz art. 7 i art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1850):

1. Wnoszę o:

1) o dokonanie wpisu do rejestru farmaceutów prowadzonego przez Radę Okręgowej Izby Aptekarskiej w oraz

2) o skreślenie z rejestru farmaceutów prowadzonego przez Radę Okręgowej Izby Aptekarskiej w, do którego obecnie jestem wpisana/y.

2. Oświadczam, że zaistniały następujące przesłanki uzasadniającej wnioskowany wpis oraz skreślenie z dotychczasowego rejestru farmaceutów:

1) rozpoczęcie wykonywania zawodu farmaceuty na terenie ww. izby, do rady której skierowany jest niniejszy wniosek;

2) wykonywanie zawodu na terenie więcej niż jednej okręgowej izby aptekarskiej i wskazanie przez farmaceutę ww. okręgowej rady aptekarskiej (art. 7a ust. 3 ustawy o izbach aptekarskich);

3) rozpoczęcie pełnienia funkcji kierownika apteki, punktu aptecznego lub działu farmacji szpitalnej na terenie ww. izby, do rady której skierowany jest niniejszy wniosek (art. 7a ust. 4 ustawy o izbach aptekarskich);

4) rozpoczęcie sprawowania funkcji Osoby Kompetentnej, Osoby Odpowiedzialnej albo Osoby Wykwalifikowanej, o której mowa odpowiednio w art. 2 pkt 21a, 21b albo 21c ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2021 r. poz. 974, z późn.zm.) na terenie ww. Izby, do Rady której skierowany jest niniejszy wniosek (art. 7a ust. 4 ustawy o izbach aptekarskich).

3. Przesłanka uzasadniająca wpis oraz skreślenie, o której mowa w pkt 2, zaistniała od dnia

4. W załączeniu przedkładam wymagane dokumenty.

5. Zobowiązuję się do bezzwłocznego zaktualizowania dokumentu „Prawo wykonywania zawodu farmaceuty” poprzez uzyskanie stosownych wpisów – nie później niż w terminie 7 dni od daty dokonania wnioskowanego wpisu i skreślenia w ww. rejestrach farmaceutów.

.....
podpis

1) Niepotrzebne należy skreślić.

Nr rejestracyjny:

KWESTIONARIUSZ NR 2 do Rejestru Farmaceutów

.....
(imiona i nazwisko farmaceuty)

.....
(data i miejsce urodzenia)

.....
(imiona rodziców)

.....
(PESEL)

.....
(nazwisko panięskie)

.....
(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

.....
miejscowość, dnia

.....
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. Franciszka 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. Franciszka Rakoczego 9/U4, 80-288 Gdańsk.

Imię i nazwisko:

Nr telefonu komórkowego:

Adres poczty elektronicznej:

.....
(data i podpis wyrażającego zgodę)

Dodatkowe załączniki:

- 1) skan dyplomu
- 2) oryginał PWZ