

**KARTA INFORMACYJNA DO REJESTRU FARMACEUTÓW
PROWADZONEGO PRZEZ OKRĘGOWĄ RADĘ APTEKARSKĄ W BIAŁYMSTOKU**

ul . Zamenhofa 27, 15-435 Białystok
tel./fax /085/ 732 52 75, tel. 740-60-72
www.oiab.com.pl e-mail:biuro@oiab.com.pl

Nazwisko

Imiona

Nr ewidencyjny PESELData i miejsce urodzenia

Imiona rodziców

Nazwisko panięskieObywatelstwo

Adres stałego zamieszkania :

ulica numer domu/mieszkania

kod pocztowymiejscowość

województwo powiat gmina

tel. e-mail.

Nazwa uczelni

Numer dyplomu

Data uzyskania dyplomu.....Data wydania dyplomu

Stopień naukowy

Data uzyskania.....Numer dyplomu.....

Nazwa uczelni.....

Specjalizacja w zakresie.....

Stopień i data wystawienia dyplomu.....

Numer i data wydania dyplomu specjalizacji

Nazwa uczelni.....

Numer prawa wykonywania zawodu.....

Numer i data uchwały o prawie wykonywania zawodu

Data wydania prawa wykonywania zawodu.....

Organ wydający

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

.....

Zajmowane stanowisko (kierownik, pracownik, stażysta):.....

Ukończone szkolenia (lata):.....

Przebieg pracy zawodowej :

L.p.	Okres pracy od - do	Nazwa zakładu pracy	adres	funkcja
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				

(miejscowość, data)

(czytelny podpis)

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych
(tekst jednolity: Dz.U. z 2016 r. poz. 922 ze zm.) informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Okręgowa Izba Aptekarska w Białymstoku
ul. Zamenhofska 27, 15-435 Białystok,
- 2) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu dokonania wpisu w rejestrze farmaceutów,
- 3) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania,
- 4) podanie danych osobowych jest obligatoryjne