

1034**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 20 czerwca 2005 r.

**zmieniające rozporządzenie w sprawie wzoru dokumentu
„Prawo wykonywania zawodu farmaceuty”**

Na podstawie art. 4d ust. 2 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2003 r. Nr 9, poz. 108 oraz z 2004 r. Nr 92, poz. 885) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 25 maja 2004 r. w sprawie wzoru dokumentu „Prawo

wykonywania zawodu farmaceuty” (Dz. U. Nr 136, poz. 1458) załącznik otrzymuje brzmienie określone w załączniku do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Dokument „Prawo wykonywania zawodu farmaceuty” wydany na podstawie dotychczasowych przepisów zachowuje ważność.

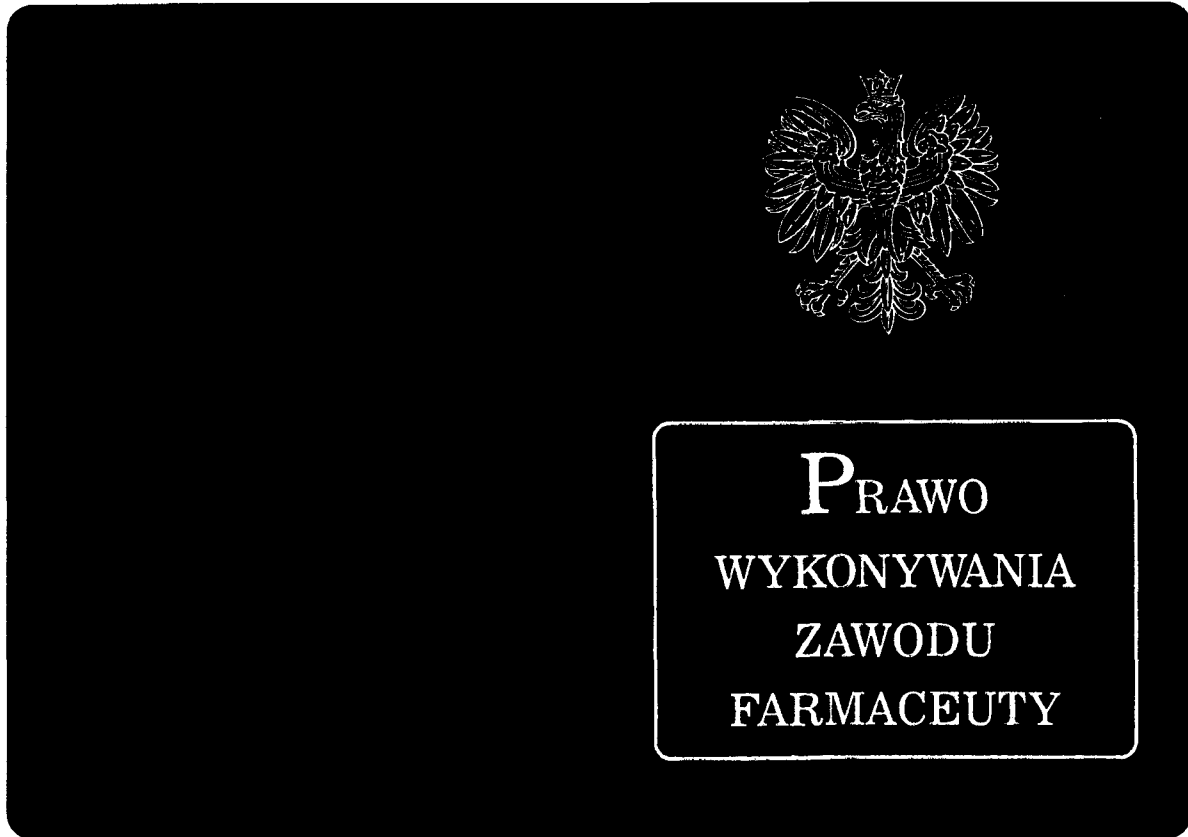
§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 7 dni od dnia ogłoszenia.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej — zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 11 czerwca 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 134, poz. 1439).

Minister Zdrowia: *M. Balicki*

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 20 czerwca 2005 r. (poz. 1034)

WZÓR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU FARMACEUTY



okładka

Miejsce na zdjęcie

.....

(własnoręczny podpis)

PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU FARMACEUTY

Pan(i)

(imiona i nazwisko)

urodzony(a) dnia

(dzień, miesiąc, rok)

w

(miejsce urodzenia)

posiadający(a) dyplom

nr wydany dnia

przez

(numer, miejsce i data wydania dyplomu lub dokumentu stwierdzającego posiadanie określonych kwalifikacji zawodowych)

zgodnie z art. 4d ust. 1 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2003 r. Nr 9, poz. 108, z późn. zm.) oraz na podstawie uchwały

OKRĘGOWEJ/NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ

Nr z dnia

**uzyskał/a prawo wykonywania zawodu farmaceuty na obszarze
Rzeczypospolitej Polskiej**

.....

(numer prawa wykonywania zawodu)

(pieczęć okrągła)

Prezes
Okręgowej/Naczelnej Rady
Aptekarskiej

..... dnia

(miejsce wystawienia)

wewnętrzna strona okładki nr 1

ADNOTACJE O ZMIANIE DANYCH OSOBOWYCH

nazwisko _____
 imiona _____
(nazwa dokumentu, na podstawie którego dokonano zmiany nazwiska)

wydany przez _____
 w dniu _____

(pieczęćka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

nazwisko _____
 imiona _____
(nazwa dokumentu, na podstawie którego dokonano zmiany nazwiska)

wydany przez _____
 w dniu _____

(pieczęćka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

2

ADNOTACJE O ZMIANIE DANYCH OSOBOWYCH

nazwisko _____
 imiona _____
(nazwa dokumentu, na podstawie którego dokonano zmiany nazwiska)

wydany przez _____
 w dniu _____

(pieczęćka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

nazwisko _____
 imiona _____
(nazwa dokumentu, na podstawie którego dokonano zmiany nazwiska)

wydany przez _____
 w dniu _____

(pieczęćka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

3

WPIS DO REJESTRU

_____ Okręgowa Izba Aptekarska w _____
 potwierdza wpis do rejestru farmaceutów na terenie województwa _____

nr _____ od dnia _____ r.

(pieczęćka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

SKREŚLENIE Z REJESTRU

_____ Okręgowa Izba Aptekarska w _____
 potwierdza skreślenie z rejestru farmaceutów z terenu województwa _____

od dnia _____ r.

(pieczęćka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

4

WPIS DO REJESTRU

_____ Okręgowa Izba Aptekarska w _____
 potwierdza wpis do rejestru farmaceutów na terenie województwa _____

nr _____ od dnia _____ r.

(pieczęćka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

SKREŚLENIE Z REJESTRU

_____ Okręgowa Izba Aptekarska w _____
 potwierdza skreślenie z rejestru farmaceutów z terenu województwa _____

od dnia _____ r.

(pieczęćka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

5

WPIS DO REJESTRU

..... Okręgowa Izba Aptekarska w

potwierdza wpis do rejestru farmaceutów na terenie województwa

nr od dnia r.

.....
(pieczęćka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

SKREŚLENIE Z REJESTRU

..... Okręgowa Izba Aptekarska w

potwierdza skreślenie z rejestru farmaceutów z terenu województwa

od dnia r.

.....
(pieczęćka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

6

WPIS DO REJESTRU

..... Okręgowa Izba Aptekarska w

potwierdza wpis do rejestru farmaceutów na terenie województwa

nr od dnia r.

.....
(pieczęćka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

SKREŚLENIE Z REJESTRU

..... Okręgowa Izba Aptekarska w

potwierdza skreślenie z rejestru farmaceutów z terenu województwa

od dnia r.

.....
(pieczęćka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

7

WPIS DO REJESTRU

..... Okręgowa Izba Aptekarska w

potwierdza wpis do rejestru farmaceutów na terenie województwa

nr od dnia r.

.....
(pieczęćka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

SKREŚLENIE Z REJESTRU

..... Okręgowa Izba Aptekarska w

potwierdza skreślenie z rejestru farmaceutów z terenu województwa

od dnia r.

.....
(pieczęćka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

8

WPIS DO REJESTRU

..... Okręgowa Izba Aptekarska w

potwierdza wpis do rejestru farmaceutów na terenie województwa

nr od dnia r.

.....
(pieczęćka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

SKREŚLENIE Z REJESTRU

..... Okręgowa Izba Aptekarska w

potwierdza skreślenie z rejestru farmaceutów z terenu województwa

od dnia r.

.....
(pieczęćka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

9

**WPISY DOTYCZĄCE
UZYSKANYCH TYTUŁÓW NAUKOWYCH**

Tytuł naukowy profesora

nadany przez

.....

w dniu

.....

(pieczęćka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

Tytuł naukowy profesora

.....

nadany przez

.....

w dniu

.....

(pieczęćka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

14

POUCZENIE

1. Farmaceuta jest obowiązany do bezzwłocznego zawiadomienia okręgowej rady aptekarskiej izby, której jest członkiem, o:
 - 1) zmianie danych osobowych,
 - 2) przeniesieniu się na teren działania innej izby,
 - 3) zmianie adresu zamieszkania
 - 4) utracie dokumentu „Prawo wykonywania zawodu farmaceuty”.
2. Farmaceuta jest obowiązany do złożenia stosownego oświadczenia okręgowej radzie aptekarskiej izby, której jest członkiem, w przypadku:
 - 1) zrzeczenia się prawa wykonywania zawodu,
 - 2) zaprzestania wykonywania zawodu.
3. Farmaceuta, który nie wykonuje zawodu farmaceuty w aptece przez okres dłuższy niż 5 lat w ciągu ostatnich 6 lat, a zamierza podjąć jego wykonywanie w aptece, ma obowiązek zawiadomić o tym właściwą okręgową radę aptekarską
4. Farmaceuta jest obowiązany do bezzwłocznego zwrotu okręgowej izbie aptekarskiej, której jest członkiem, dokumentu „Prawo wykonywania zawodu farmaceuty” w przypadku pozbawienia prawa wykonywania zawodu.
5. Farmaceuta nie może odstępować dokumentu „Prawo wykonywania zawodu farmaceuty” innej osobie.
6. O fakcie zgubienia, zniszczenia lub kradzieży niniejszego dokumentu należy powiadomić właściwą miejscowo okręgową radę aptekarską.

15

wewnętrzna strona okładki nr 2

Opis dokumentu

Okładka dokumentu w kolorze ciemnoniebieskim o formacie 88 mm x 125 mm (B 7), tłoczona złotą folią (tekst i godło). Dokument szyty w grzbiecie nićmi z bawełny bielonej. Wewnętrzna strona okładki połączona z wkładem przez wklejkę, wkład szyty nićmi.

Techniki druku — offset.

Zabezpieczenie w druku — tło giloszowe.

Wkład — papier z bieżącym znakiem wodnym „Plecionka Sewastopolska” oraz w tle logo apteki (wąż z kielichem), z zabezpieczeniem chemicznym przed próbami usuwania lub zmiany zapisów na dokumencie.

Strona pierwsza zabezpieczona folią zabezpieczającą.