OKRĘGOWA IZBA APTEKARSKA
w Katowicach
40-637 Katowice ul. Kryniczna 15
tel.+48 (32) 201-92-60, fax 252-02-44 , www.katowice.oia.pl, katowice@oia.pl

Uchwała nr 7-IV- 2004

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Katowicach z dnia 22.06.2004 r.

Okręgowa Rada Aptekarska w Katowicach zobowiązuje kierowników aptek i hurtowni farmaceutycznych do systematycznego informowania listem poleconym lub drogą elektroniczną Okręgowej Izby Aptekarskiej w Katowicach w terminie 7 dni od zdarzenia o wszelkich zmianach w ewidencji osób zatrudnionych w aptece lub hurtowni farmaceutycznej posiadających prawo wykonywania zawodu farmaceuty. Kierownicy zobowiązani także zostają do weryfikowania ważności prawa wykonywania zawodu farmaceutów pracujących i zatrudnianych.

Jednocześnie Rada zobowiązuje wszystkich Członków Izby do bezzwłocznego przesłania pełnych danych i systematycznego informowania kierownika o wszelkich zmianach dotyczących danych rejestrowanych przez Izbę zgodnie z przesłanym załącznikiem.

Powyższa uchwała została podjęta na podstawie art. 7 u.1 p.5 i 6 oraz art.7 u. 2 p. 1, i 7 w związku z art. 15 p.2 i 3 ustawy z dnia 19.04.1991 o Izbach Aptekarskich Dz. U. z 1991 r. Nr. 41 poz 179 ze zmianami, oraz art.88 ust.5 p. 6 i 7 ustawy Prawo Farmaceutyczne Dz. U. z 2004r. Nr. 52 poz. 533 ze zmianami.

*****

KARTA ZGŁOSZENIOWA DANYCH OSOBOWYCH
DLA ŚLĄSKIEJ OKRĘGOWEJ IZBY APTEKARSKIEJ W KATOWICACH
celem wpisu na listę członków ŚIA lub wpisu do Rejestru Farmaceutów.
Podstawa art. 8 ust. 2 Ustawy z dnia 19.02.1991r. o izbach aptekarskich, DU-1991-09-108 z późn. zm.

Nr Ewidencyjny.....

01. Nazwisko .....
02. Nazwisko panieńskie .....
03. Imiona .....
03. Nr ewidencyjny PESEL.....
04. Imiona rodziców .....
05. Data i miejsce urodzenia.....
06. Narodowość.....
07. Obywatelstwo .....
08. Numer dyplomu i data wydania * .....
08a. Nazwa uczelni, siedziba i wydział .....
08b. Data uzyskania dyplomu .....
9a. Numer zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu i data wydania *.....
9b. Numer uchwały o prawie wykonywania zawodu i data wydania *.....
9c. Nazwa organu który stwierdził prawo wykonywania zawodu-.....
10. Stopień naukowy i data wydania *.....
10a. Nazwa uczelni .....
11. Specjalizacja, stopień w zakresie * .....
11a. Data uzyskania .....
11b. Nazwa jednostki wydającej .....
12. Informacje o posiadaniu prawa wykonywania zawodu w innym państwie .....
13. Miejsce wykonywania zawodu:
    nazwa apteki.....
    kod pocztowy ..... miejscowość .....
    ulica i numer .....
    poczta .....powiat ..... województwo.....
    tel. .....
14. Zajmowane stanowisko (kierownik, pracownik): .....
15. Adres zamieszkania :
    kod pocztowy .....miejscowość .....
    ulica i numer .....
    poczta .....powiat ..... województwo.....
    tel. ..... tel. kom. .....

* należy dołączyć kopie dokumentów

- v e r t e -

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) (podpis)