

**1458****ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia 25 maja 2004 r.

**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. Ustala się wzór dokumentu „Prawo wykonywania zawodu farmaceuty” stanowiący załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Nie dłużej niż do dnia 31 grudnia 2004 r. dokument „Prawo wykonywania zawodu farmaceuty” może być wydawany na drukach innych niż określone w załączniku do rozporządzenia, pod warunkiem uwzględnienia w nich wszystkich danych objętych wzorem dokumentu „Prawo wykonywania zawodu farmaceuty”.

§ 3. Dokument „Prawo wykonywania zawodu farmaceuty” wydany przed dniem wejścia w życie rozporządzenia zachowuje ważność.

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

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej — zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 4 maja 2004 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 106, poz. 1131).

Minister Zdrowia: w z. *J. Hausner*

Załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 maja 2004 r. (poz. 1458)

**WZÓR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU FARMACEUTY**

miejsce na zdjęcie

.....  
(własnoręczny podpis)

**PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU FARMACEUTY**

Pan(i) .....  
(imiona i nazwisko)

urodzony(a) dnia ..... r.  
(dzień, miesiąc, rok)

w .....  
(miejsce urodzenia)

posiadający(a) dyplom .....

nr ..... wydany dnia ..... r.  
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 oraz z 2004 r. Nr 92, poz. 885) oraz na podstawie uchwały

**OKRĘGOWEJ/NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ**

Nr ..... z dnia ..... r.

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

numer prawa wykonywania zawodu  
.....

(pieczęć okrągła) **Prezes**  
Okręgowej/Naczelnej Rady  
Aptekarskiej

..... dnia ..... r.  
(miejsce wystawienia)

1

wewnętrzna strona okładki nr 1

**ADNOTACJE O ZMIANIE DANYCH OSOBOWYCH**

nazwisko .....

imiona .....

(nazwa dokumentu, na podstawie którego dokonano zmiany nazwiska)

wydany przez .....

w dniu .....

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

---

nazwisko .....

imiona .....

(nazwa dokumentu, na podstawie którego dokonano zmiany nazwiska)

wydany przez .....

w dniu .....

.....  
(pieczęć 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 .....

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

---

nazwisko .....

imiona .....

(nazwa dokumentu, na podstawie którego dokonano zmiany nazwiska)

wydany przez .....

w dniu .....

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

3

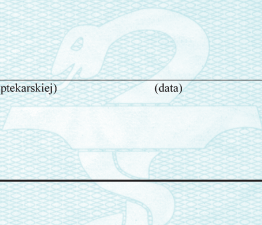
**WPIS DO REJESTRU**

..... 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

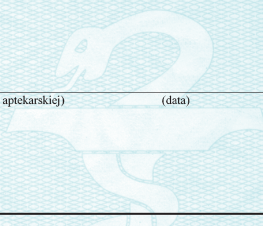
**WPIS DO REJESTRU**

..... 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

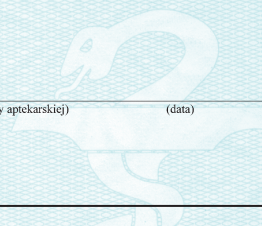
**WPIS DO REJESTRU**

..... 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

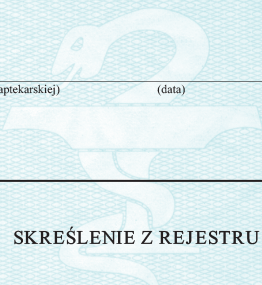
**WPIS DO REJESTRU**

..... 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

**ADNOTACJE ODNOŚZĄCE SIĘ DO WYKONYWANIA  
ZAWODU FARMACEUTY**

10

**ADNOTACJE ODNOŚZĄCE SIĘ DO WYKONYWANIA  
ZAWODU FARMACEUTY**

11

**WPISY DOTYCZĄCE SPECJALIZACJI**

Specjalizacja w zakresie .....  
 uzyskana z dniem .....  
 dokument .....  
 wydany przez .....  
 dnia .....

(pieczętka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

---

Specjalizacja w zakresie .....  
 uzyskana z dniem .....  
 dokument .....  
 wydany przez .....  
 dnia .....

(pieczętka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

12

**WPISY DOTYCZĄCE  
UZYSKANYCH STOPNI NAUKOWYCH**

Stopień naukowy doktora .....  
 w zakresie .....  
 nadany przez .....  
 w dniu .....

(pieczętka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

---

Stopień naukowy doktora habilitowanego .....  
 w zakresie .....  
 nadany przez .....  
 w dniu .....

(pieczętka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

13

**WPISY DOTYCZĄCE  
UZYSKANYCH TYTUŁÓW NAUKOWYCH**

Tytuł naukowy profesora .....  
 nadany przez .....  
 w dniu .....

(pieczętka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

---

Tytuł naukowy profesora .....  
 nadany przez .....  
 w dniu .....

(pieczętka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

14

**POUCZENIE**

- Farmaceuta jest obowiązany do bezzwłocznego zawiadomienia okręgowej rady aptekarskiej izby, której jest członkiem, o:
  - zmianie danych osobowych,
  - przeniesieniu się na teren działania innej izby,
  - zmianie adresu zamieszkania,
  - utracie dokumentu „Prawo wykonywania zawodu farmaceuty”.
- Farmaceuta jest obowiązany do złożenia stosownego oświadczenia okręgowej radzie aptekarskiej izby, której jest członkiem, w przypadku:
  - zrzeczenia się prawa wykonywania zawodu,
  - zaprzestania wykonywania zawodu.
- 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.
- Farmaceuta jest obowiązany do bezzwłocznego zwrotu okręgowej izbie aptekarskiej, której jest członkiem, dokumentu „Prawo wykonywania zawodu farmaceuty” w przypadku pozbawienia prawa wykonywania zawodu.
- Farmaceuta nie może odstępować dokumentu „Prawo wykonywania zawodu farmaceuty” innej osobie.
- O fakcie zgubienia, zniszczenia lub kradzieży niniejszego dokumentu należy powiadomić właściwą miejscowo okręgową radę aptekarską.

15

wewnętrzna strona okładki nr 2

#### Opis okładki dokumentu

Okładka dokumentu — sztywna, z tworzywa sztucznego Securadin w kolorze ciemnoniebieskim, o formacie A6 (bigowane A5/A6), połączona z wkładem przez wyklejkę, wkład sztywny nićmi z bawełny bielonej, grzbiet wzmocniony lamówką. Wyciśnięte godło państwowe w kolorze złotym. Napis: „PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU FARMACEUTY” w kolorze złotym.

Wewnętrzna strona okładki — folia samoprzylepna.

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.