

**1034****ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

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.

---

<sup>1)</sup> 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).

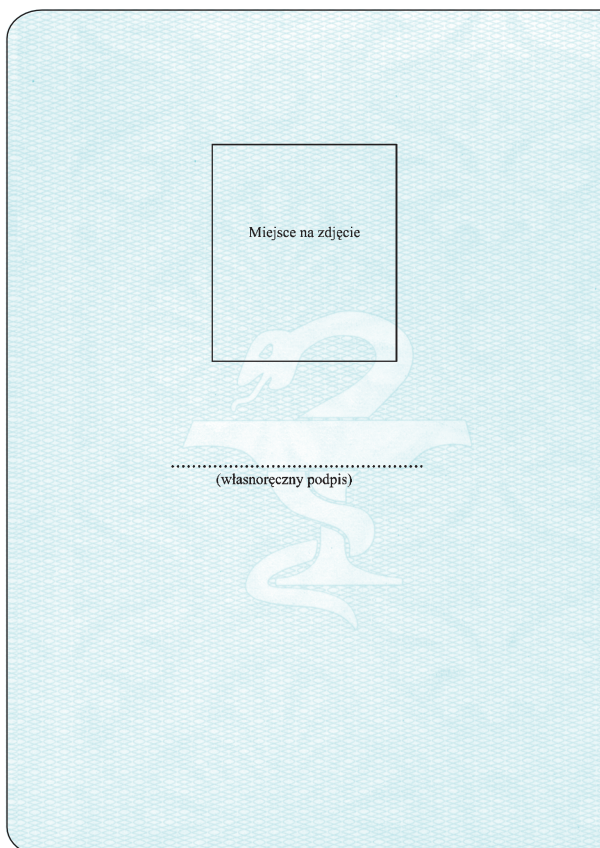
Minister Zdrowia: *M. Balicki*

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

WZÓR PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU FARMACEUTY



okładka



**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, z późn. zm.) 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 .....

(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.

.....

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

---

**SKREŚLENIE Z REJESTRU**

..... Okręgowa Izba Aptekarska w .....

potwierdza skreślenie z rejestru farmaceutów z terenu województwa .....

od dnia ..... r.

.....

(pieczęć 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.

.....

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

---

**SKREŚLENIE Z REJESTRU**

..... Okręgowa Izba Aptekarska w .....

potwierdza skreślenie z rejestru farmaceutów z terenu województwa .....

od dnia ..... r.

.....

(pieczęć 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.

.....

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

---

**SKREŚLENIE Z REJESTRU**

..... Okręgowa Izba Aptekarska w .....

potwierdza skreślenie z rejestru farmaceutów z terenu województwa .....

od dnia ..... r.

.....

(pieczęć 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.

.....

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

---

**SKREŚLENIE Z REJESTRU**

..... Okręgowa Izba Aptekarska w .....

potwierdza skreślenie z rejestru farmaceutów z terenu województwa .....

od dnia ..... r.

.....

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

9

**ADNOTACJE ODNOŚĄCE SIĘ DO WYKONYWANIA  
ZAWODU FARMACEUTY**



10

**ADNOTACJE ODNOŚĄCE SIĘ DO WYKONYWANIA  
ZAWODU FARMACEUTY**



11

**WPISY DOTYCZĄCE SPECJALIZACJI**

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

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

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

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

12

**WPISY DOTYCZĄCE  
UZYSKANYCH STOPNI NAUKOWYCH**

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

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

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

.....  
(pieczęćka 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 bezwzględnego 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 bezwzględnego 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 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 kieli-chem), z zabezpieczeniem chemicznym przed próbami usuwania lub zmiany zapisów na dokumencie.

Strona pierwsza zabezpieczona folią zabezpieczającą.