**K W E S T I O N A R I U S Z**

dla potrzeb Podkarpackiej Okręgowej Rady Aptekarskiej w Rzeszowie dotyczący mgr farm.

Wpisz Imię i Nazwisko

jako osoby ubiegającej się o stanowisko:

kierownika apteki

osoby odpowiedzialnej za prowadzenie hurtowni farmaceutycznej

kierownika działu farmacji szpitalnej

pod nazwą: Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

z siedzibą: Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Numer NIP: Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Numer KRS\*:

Wniosek dotyczy:

apteki, hurtowni - nowo otwieranej

apteki, hurtowni – istniejącej

dział farmacji szpitalnej

1. **Dane uzupełniające osoby opiniowanej**

|  |  |
| --- | --- |
| * 1. Nazwisko rodowe: | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| * 1. Imiona rodziców: | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| * 1. Data urodzenia: | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |
| * 1. Miejsce urodzenia: | Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst. |

* 1. Posiadane stopnie i tytuły naukowe oraz nazwa jednostki która nadała ten stopień i tytuł:
* Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.
* 1. Posiadana specjalizacja:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Specjalność | Stopień | Data uzyskania | Nazwa jednostki szkolącej |
| Wybierz z listy |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* 1. Adres zameldowania, adres email, numer telefonu:

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

* 1. Adres zamieszkania (jeśli inny niż w p. 1.7):

* 1. Obecne miejsce pracy i zajmowane stanowisko

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

Kliknij tutaj, aby wprowadzić tekst.

1. **Przebieg dotychczasowej pracy zawodowej osoby opiniowanej** 
   1. Przebieg dotychczasowej pracy zawodowej (ostatnie 10 lat):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Nazwa i adres miejsca pracy | okres zatrudnienia | Zajmowane stanowisko |
| 1. |  |  |  |
| 2. |  |  |  |
| 3. |  |  |  |
| 4. |  |  |  |
| 5. |  |  |  |
| 6. |  |  |  |
| 7. |  |  |  |
| 8. |  |  |  |

* 1. Kto jest właścicielem apteki, w której podejmuje się Pan/Pani pełnienia funkcji kierownika?

|  |  |
| --- | --- |
| **Nazwa firmy, lub dane osoby fizycznej** |  |
| **Adres siedziby głównej** |  |
| **Numer NIP** |  |
| **Numer KRS\*** |  |

**Ja niżej podpisany/ a oświadczam, że dane zawarte w kwestionariuszu są zgodne z prawdą i stanem faktycznym.**

..............................dnia ..............................

|  |  |
| --- | --- |
| ................................................................ | ........................................... |
| Imię i Nazwisko | Podpis |