

## KWESTIONARIUSZ

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

.....  
jako osoby ubiegającej się o stanowisko:

kierownika apteki

osoby odpowiedzialnej za prowadzenie hurtowni farmaceutycznej

osoby prowadzącej dział farmacji szpitalnej

pod nazwą: .....

z siedzibą: .....

Numer NIP: .....

Numer KRS\*: .....

Wniosek dotyczy:

apteki, hurtowni - nowo otwieranej

apteki, hurtowni – istniejącej

dział farmacji szpitalnej

### 1. Dane uzupełniające osoby opiniowanej

1.1. Nazwisko rodowe: .....

1.2. Imiona rodziców: .....

1.3. Data urodzenia: .....

1.4. Miejsce urodzenia: .....

1.5. Posiadane stopnie i tytuły naukowe oraz nazwa jednostki która nadała ten stopień i tytuł:

◆ .....

◆ .....

◆ .....

1.6. Posiadana specjalizacja:

Specjalność	Stopień	Data uzyskania	Nazwa jednostki szkolącej

1.7. Adres zameldowania, adres email, numer telefonu:

.....  
.....

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

.....  
.....

1.9. Obecne miejsce pracy i zajmowane stanowisko

.....  
.....  
.....

**2. Przebieg dotychczasowej pracy zawodowej osoby opiniowanej**

2.1. 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.			

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

<b>Nazwa firmy, lub dane osoby fizycznej</b>	
<b>Adres siedziby głównej</b>	
<b>Numer NIP</b>	
<b>Numer KRS*</b>	

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

.....dnia .....

.....  
Imię i Nazwisko

.....  
Podpis