

1458**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

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.

¹⁾ 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

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)

4

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)

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

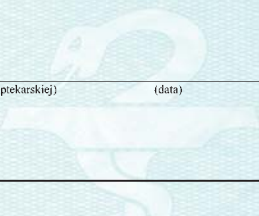
WPIS DO REJESTRU

..... Okręgowa Izba Aptekarska w

potwierdza wpis do rejestru farmaceutów na terenie województwa

nr od dnia r.

(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

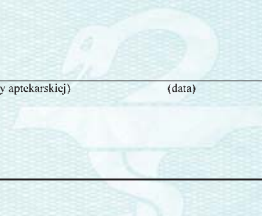
WPIS DO REJESTRU

..... 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

.....
(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

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

Tytuł naukowy profesora

nadany przez

w dniu

.....
(pieczęćka 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.