

_____, dnia _____ roku
Miejscowość

imię i nazwisko farmaceuty

nr PWZ

adres zamieszkania

nr tel.

**Dolnośląska Izba Aptekarska
al. Jana Matejki 6
50-333 Wrocław**

Wniosek o wydanie duplikatu Prawa Wykonywania Zawodu

W związku z kradzieżą/zagubieniem oryginału Prawa Wykonywania Zawodu, wnoszę o wydanie duplikatu tego dokumentu.

Podpis

Załączniki:

1. Kopia/odpis dyplomu
2. Dane ewidencyjne farmaceuty
3. 2 zdjęcia *(wielkość 3,5 x 4,5 mm, typ „paszportowy”)

* Osoba ubiegająca się o wydanie dokumentu PWZ przedstawia właściwej radzie swoje dwie jednakowe fotografie o wymiarach 3,5x4,5 cm, wykonane w ciągu ostatnich 6 miesięcy na jednolitym, jasnym tle, mające dobrą ostrość oraz pokazujące wyraźnie oczy i twarz z obu stron od wierzchołka głowy do górnej części barków tak, aby twarz zajmowała 70-80 % fotografii; fotografia ma przedstawiać osobę bez nakrycia głowy i okularów z ciemnymi szklami, patrzącą na wprost z otwartymi oczami, nieprzesłoniętymi włosami, z naturalnym wyrazem twarzy i zamkniętymi ustami, każde podpisane czytelnie na odwrocie, aby podpis nie odznaczał się na drugiej stronie (tzw. paszportowe).

Podstawa prawna – Uchwała NRA z dnia 6 grudnia 2006 r. Nr IV/110/2006