

## KWESTIONARIUSZ ZGŁOSZENIOWY DO REJESTRU FARMACEUTÓW

1. Nazwisko i imiona (zgodne z dowodem osobistym)  
.....
  2. Nazwisko panińskie (rodowe) .....
  3. Imiona rodziców .....
  4. Data i miejsce urodzenia .....
  5. PESEL: .....
  6. Obywatelstwo .....
  7. Adres zamieszkania:
    - ulica numer domu/mieszkania .....
    - kod pocztowy ..... miejscowość .....
    - województwo ..... powiat .....
    - nr telefonu kontaktowego ..... e-mail .....
  8. Adres do korespondencji: .....
  9. Nazwa szkoły wyższej, jej siedziba, wydział  
.....  
.....
- Nr dyplomu szkoły wyższej.....
- Data uzyskania dyplomu.....
- Data wydania.....

- **Przyjmuję do wiadomości informację o konieczności regulowania składek członkowskich na rzecz Izby do 20-go każdego miesiąca, a także o wysokości składki ustalonej uchwałą nr RA/14/VIII/20 Rady Aptekarskiej DIA we Wrocławiu z 24.09.2020 r.: tzn. kierownik apteki ogólnodostępnej, zakładowej, i szpitalnej oraz kierownik działu farmacji szpitalnej i Osoba Odpowiedzialna(kierownik hurtowni) - 60 zł, pozostali członkowie samorządu - 40 zł,**
- **Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych do celów związanych z działalnością organów DIA we Wrocławiu**
- **Zgodnie z art. 8 ust. 3 ustawy z dnia 19.04.1991r. o izbach aptekarskich (tj. Dz. U. 2019 poz. 1419 z późn.) zobowiązuję się niezwłocznie informować DIA we Wrocławiu o każdej zmianie wskazanych powyżej danych.**

**Jestem świadomy/ma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia<sup>1</sup>**

.....  
(data i podpis wnioskodawcy)

---

<sup>1</sup> Zgodnie z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1600, z późn. zm.) oświadczenia są składane pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. „Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8. ”