

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/15/IX/24 Rady Aptekarskiej DIA we Wrocławiu z 15.02.2024 r.: dla wszystkich członków Dolnośląskiej Izby Aptekarskiej we Wrocławiu wynosi 70 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 (t.j. Dz. U. 2025, poz. 1693) zobowiązuję się niezwłocznie informować DIA we Wrocławiu o każdej zmianie wskazanych powyżej danych.**

.....
(data i podpis wnioskodawcy)