

**ZAŚWIADCZENIE Z OKRĘGOWEJ IZBY APTEKARSKIEJ O SPEŁNIENIU WARUNKÓW  
DLA STYPENDYSTY NACZELNEJ IZBY APTEKARSKIEJ**

**DANE WNIOSKODAWCY**

LP.	Imię i nazwisko	
1	Numer PWZ	
2	Przynależność do okręgowej izby aptekarskiej	
3	Specjalizacja (jeżeli posiada lub jest w trakcie) z zakresu farmacji szpitalnej, klinicznej lub farmakologii	
4	Informacja czy farmaceuta zalega ze składkami członkowskimi na rzecz okręgowej izby aptekarskiej	TAK      NIE
5	Informacja czy farmaceuta realizuje obowiązek kształcenia ustawicznego, zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 28 grudnia 2021 r. w sprawie punktów edukacyjnych uzyskiwanych w ramach ustawicznego rozwoju zawodowego oraz wzoru karty rozwoju zawodowego farmaceutów (tj. Dz.u. 2021 poz.2494 z późn. zm.) i zaliczył ostatni okres rozliczeniowy	TAK      NIE
6	Informacja czy wobec farmaceuty toczy się postępowanie przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej lub przed sądem aptekarskim oraz informacja czy farmaceuta figuruje w rejestrze osób ukaranych przez sąd aptekarski.	TAK      NIE

Pieczętka okręgowej izby aptekarskiej .....

Data i podpis osoby upoważnionej do wystawienia zaświadczenia.....