

ROZPORZĄDZENIE
MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia.....2022 r.

w sprawie dokumentu „Prawo wykonywania zawodu farmaceuty”

Na podstawie art. 17 ust. 4 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2022 r. poz. 184) zarządza się, co następuje:

§ 1. Ustala się wzór dokumentu „Prawo wykonywania zawodu farmaceuty” stanowiący załącznik do rozporządzenia.

§ 2. Wzór dokumentu, o którym mowa w § 1, zawiera:

- 1) elementy zabezpieczające przed fałszerstwem w podłożu:
 - a) papier niewykazujący luminescencji w promieniowaniu ultrafioletowym,
 - b) papier uczulony na działanie odczynników chemicznych (zabezpieczony chemicznie),
 - c) znak wodny dwutonowy umiejscowiony,
 - d) włókna zabezpieczające widoczne jedynie w promieniowaniu ultrafioletowym;
- 2) elementy zabezpieczające przed fałszerstwem w druku:
 - a) druk offsetowy,
 - b) dwukolorowe linie giloszowe wykonane w technice druku irysowego z efektem tła reliefowego,
 - c) mikrodruki,
 - d) element graficzny wykonany farbą aktywną wyłącznie w promieniowaniu ultrafioletowym,
 - e) nadruk wykonany farbą irydyscentną;
- 3) pozostałe elementy zabezpieczające:
 - a) zabezpieczona nić introligatorska aktywna w promieniowaniu ultrafioletowym,
 - b) moletowana okładka,

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 27 sierpnia 2020 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. z 2021 r. poz. 932).

- c) elementy wykonane techniką foliodruku oraz nadruki widoczne w świetle ultrafioletowym naniesione na okładce,
- d) klej uniemożliwiający bezśladowe odklejenie naklejki z danymi personalnymi od podłoża,
- e) numeracja typograficzna wykonana farbą aktywną w promieniowaniu ultrafioletowym.

§ 3. Dotychczasowy wzór dokumentu dotyczący prawa wykonywania zawodu farmaceuty może być wykorzystywany nie dłużej niż do dnia 12 lipca 2022 r.

§ 4. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem następującym po dniu ogłoszenia.²⁾

MINISTER ZDROWIA

ZA ZGODNOŚĆ POD WZGLĘDEM PRAWNYM, LEGISLACYJNYM I REDAKCYJNYM

Anna Skowrońska-Kotra

Zastępca Dyrektora

Departamentu Prawnego Ministerstwa Zdrowia

/podpisano kwalifikowanym podpisem elektronicznym/

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 25 maja 2004 r. w sprawie wzoru dokumentu „Prawo wykonywania zawodu farmaceuty” (Dz. U. poz. 1458 oraz z 2005 r. poz. 1034), które traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia na podstawie art. 94 pkt 2 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2022 r. poz. 184).

Załącznik do rozporządzenia
Ministra Zdrowia z dnia
..... r. (poz.....)

-WZÓR-



**PRAWO
WYKONYWANIA ZAWODU
FARMACEUTY**

PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU FARMACEUTY

Pan(i)
(imiona i nazwisko)

tytuł zawodowy

posiadający(a) dyplom

nr wydany dnia r.

przez

.....
(numer, miejsce i data wydania dyplomu lub dokumentu stwierdzającego posiadanie określonych kwalifikacji zawodowych)

zgodnie z art. 17 ust. 1 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty
(Dz. U. z 2021 r. poz. 97) oraz na podstawie uchwały

OKRĘGOWEJ/NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ

Nr z dnia r.

uzyskał/a prawo wykonywania zawodu farmaceuty na obszarze
Rzeczypospolitej Polskiej

.....
(miejsce wystawienia) r.

.....
(numer prawa wykonywania zawodu)

Prezes
Okręgowej /Naczelnej Rady
Aptekarskiej

AA 0000000

.....
(pieczęć okrągła)

PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU FARMACEUTY

ADNOTACJE O ZMIANIE DANYCH OSOBOWYCH

nazwisko
imiona
(nazwa dokumentu, na podstawie którego dokonano zmiany nazwiska)

wydany przez
w dniu

(pieczęć okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

nazwisko
imiona
(nazwa dokumentu, na podstawie którego dokonano zmiany nazwiska)

wydany przez
w dniu

(pieczęć okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

2 A A 0000000

ADNOTACJE O ZMIANIE DANYCH OSOBOWYCH

nazwisko
imiona
(nazwa dokumentu, na podstawie którego dokonano zmiany nazwiska)

wydany przez
w dniu

(pieczęć okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

nazwisko
imiona
(nazwa dokumentu, na podstawie którego dokonano zmiany nazwiska)

wydany przez
w dniu

(pieczęć okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

A A 0000000 3

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 A A 0000000

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)

A A 0000000 7

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)

8

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)

9

WPIS DO REJESTRU	WPIS DO REJESTRU
..... Okręgowa Izba Aptekarska w Okręgowa Izba Aptekarska w
potwierdza wpis do rejestru farmaceutów na terenie województwa	potwierdza wpis do rejestru farmaceutów na terenie województwa
nr od dnia r.	nr od dnia r.
	
(pieczęćka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)	(pieczęćka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)
SKREŚLENIE Z REJESTRU	SKREŚLENIE Z REJESTRU
..... Okręgowa Izba Aptekarska w Okręgowa Izba Aptekarska w
potwierdza skreślenie z rejestru farmaceutów z terenu województwa	potwierdza skreślenie z rejestru farmaceutów z terenu województwa
od dnia r.	od dnia r.
(pieczęćka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)	(pieczęćka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)
10 A A 0000000	A A 0000000 11

WPIS DO REJESTRU	WPIS DO REJESTRU
..... Okręgowa Izba Aptekarska w Okręgowa Izba Aptekarska w
potwierdza wpis do rejestru farmaceutów na terenie województwa	potwierdza wpis do rejestru farmaceutów na terenie województwa
nr od dnia r.	nr od dnia r.
	
(pieczęćka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)	(pieczęćka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)
SKREŚLENIE Z REJESTRU	SKREŚLENIE Z REJESTRU
..... Okręgowa Izba Aptekarska w Okręgowa Izba Aptekarska w
potwierdza skreślenie z rejestru farmaceutów z terenu województwa	potwierdza skreślenie z rejestru farmaceutów z terenu województwa
od dnia r.	od dnia r.
(pieczęćka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)	(pieczęćka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)
12	13

WPIS DO REJESTRU	WPIS DO REJESTRU
..... Okręgowa Izba Aptekarska w Okręgowa Izba Aptekarska w
potwierdza wpis do rejestru farmaceutów na terenie województwa	potwierdza wpis do rejestru farmaceutów na terenie województwa
nr od dnia r.	nr od dnia r.
	
_____ (pieczęćka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)	_____ (pieczęćka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)
SKREŚLENIE Z REJESTRU	SKREŚLENIE Z REJESTRU
..... Okręgowa Izba Aptekarska w Okręgowa Izba Aptekarska w
potwierdza skreślenie z rejestru farmaceutów z terenu województwa	potwierdza skreślenie z rejestru farmaceutów z terenu województwa
od dnia r.	od dnia r.
_____ (pieczęćka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)	_____ (pieczęćka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)
14 A A 0000000	15 A A 0000000

WPIS DO REJESTRU	WPIS DO REJESTRU
..... Okręgowa Izba Aptekarska w Okręgowa Izba Aptekarska w
potwierdza wpis do rejestru farmaceutów na terenie województwa	potwierdza wpis do rejestru farmaceutów na terenie województwa
nr od dnia r.	nr od dnia r.
	
_____ (pieczęćka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)	_____ (pieczęćka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)
SKREŚLENIE Z REJESTRU	SKREŚLENIE Z REJESTRU
..... Okręgowa Izba Aptekarska w Okręgowa Izba Aptekarska w
potwierdza skreślenie z rejestru farmaceutów z terenu województwa	potwierdza skreślenie z rejestru farmaceutów z terenu województwa
od dnia r.	od dnia r.
_____ (pieczęćka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)	_____ (pieczęćka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)
16	17

<p>ADNOTACJE ODNOSZĄCE SIĘ DO WYKONYWANIA ZAWODU FARMACEUTY</p> <p>PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU FARMACEUTY</p>  <p>18 A A 0000000</p>	<p>ADNOTACJE ODNOSZĄCE SIĘ DO WYKONYWANIA ZAWODU FARMACEUTY</p> <p>PRAWO WYKONYWANIA ZAWODU FARMACEUTY</p>  <p>19 A A 0000000</p>
---	--

<p>WPISY DOTYCZĄCE SPECJALIZACJI</p> <p>Specjalizacja w zakresie uzyskana z dniem dokument wydany przez dnia</p> <p>..... (pieczętka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)</p> <p>Specjalizacja w zakresie uzyskana z dniem dokument wydany przez dnia</p> <p>..... (pieczętka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)</p> <p>20</p>	<p>WPISY DOTYCZĄCE UZYSKANYCH STOPNI NAUKOWYCH</p> <p>Stopień naukowy doktora w zakresie nadany przez w dniu</p> <p>..... (pieczętka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)</p> <p>Stopień naukowy doktora habilitowanego w zakresie nadany przez w dniu</p> <p>..... (pieczętka okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)</p> <p>21</p>
--	---

WPISY DOTYCZĄCE
UZYSKANYCH TYTUŁÓW NAUKOWYCH

Tytuł naukowy profesora
nadany przez

w dniu

(pieczęć okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

Tytuł naukowy profesora
nadany przez

w dniu

(pieczęć okręgowej rady aptekarskiej) (data) (podpis)

22

A A 0000000

PRAWO WYKONYWANIA
ZAWODU FARMACEUTY



A A 0000000

23

PRAWO WYKONYWANIA
ZAWODU FARMACEUTY



24

PRAWO WYKONYWANIA
ZAWODU FARMACEUTY
POUCZENIE

1. Farmaceuta jest obowiązany do bezwzględnego zawiadomienia okręgowej rady aptekarskiej izby, której jest członkiem, o:
 - 1) zmianie danych osobowych,
 - 2) przeniesieniu się na teren działania innej izby,
 - 3) zmianie adresu zamieszkania,
 - 4) utracie dokumentu "Prawo wykonywania zawodu farmaceuty".
2. Farmaceuta jest obowiązany do złożenia stosownego oświadczenia okręgowej radzie aptekarskiej izby, której jest członkiem, w przypadku:
 - 1) zrzeczenia się prawa wykonywania zawodu,
 - 2) zaprzestania wykonywania zawodu.
3. 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.
4. Farmaceuta jest obowiązany do bezwzględnego zwrotu okręgowej izbie aptekarskiej, której jest członkiem, dokumentu "Prawo wykonywania zawodu farmaceuty" w przypadku pozbawienia prawa wykonywania zawodu.
5. Farmaceuta nie może odstępować dokumentu "Prawo wykonywania zawodu farmaceuty" innej osobie.
6. O fakcie zgubienia, zniszczenia lub kradzieży niniejszego dokumentu należy powiadomić właściwą miejscowo okręgową radę aptekarską.

OPIS DOKUMENTU

Prawo wykonywania zawodu farmaceuty będzie w formie książeczki z naklejką personalizacyjną o wymiarach:

FORMAT KSIAŻECZKI: 125 x 88 mm

FORMAT NAKLEJKI: 83 x 119 mm

UZASADNIENIE

Projekt rozporządzenia w sprawie wzoru dokumentu prawo wykonywania zawodu farmaceuty stanowi realizację upoważnienia ustawowego określonego w art. 17 ust. 4 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2022 r. poz. 184), zwanej dalej „ustawą”. Rozporządzenie ma na celu umożliwienie maksymalnego zabezpieczenia dokumentu przed jego podrobieniem i wydawanie jednolicie brzmiącego i wyglądającego dokumentu przez długi okres, pomimo zmieniających się warunków technicznych związanych z drukowaniem dokumentu.

Dokument ma formę książeczki z naklejką personalizacją. Dokument ten będzie zawierał dane pozwalające na ustalenie tożsamości jego posiadacza, w tym jego fotografię.

Zgodnie z art. 13 ust. 1 ustawy dokument „Prawo wykonywania zawodu farmaceuty”, wydawany będzie przez okręgową radę aptekarską, właściwą ze względu na zamierzone miejsce wykonywania zawodu farmaceuty, a w odniesieniu do osoby, która posiada kwalifikacje, o których mowa w art. 5 ust. 1 pkt 4 i 5 oraz ust. 4 ustawy – Naczelna Rada Aptekarska. Dokument będzie wydawany wszystkim farmaceutom, którzy spełniają warunki określone w ustawie i złożą stosowny wniosek.

W załączniku do projektu rozporządzenia określono układ graficzny dokumentu.

Zgodnie z art. 91 ust. 1 ustawy dokumenty „Prawo wykonywania zawodu farmaceuty” wydane na podstawie przepisów dotychczasowych zachowują ważność.

Z uwagi na konieczność przygotowania i przeprowadzenia przez samorząd zawodowy farmaceutów procedury dotyczącej zakupu, wyprodukowania i dystrybucji dokumentów zgodnie ze wzorem określonym w rozporządzeniu „Prawo wykonywania zawodu farmaceuty”, - termin wejścia w życie rozporządzenia został określony na dzień następujący po dniu ogłoszenia, aby uruchomić powyższą procedurę. Zgodnie z art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 20 lipca 2000 r. o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (Dz. U. z 2019 r. poz. 1461) w uzasadnionych przypadkach akty normatywne mogą wchodzić w życie w terminie krótszym niż czternaście dni, a jeżeli ważny interes państwa wymaga natychmiastowego wejścia w życie aktu normatywnego i zasady demokratycznego państwa prawnego nie stoją temu na przeszkodzie, dniem wejścia w życie może być dzień ogłoszenia tego aktu w dzienniku urzędowym. W przypadku projektowanego rozporządzenia, powyższe przesłanki pozostają zachowane. Mając na uwadze skomplikowany oraz długotrwały proces

tworzenia produkcji wyżej wymienionych dokumentów zachowano możliwość wykorzystywania dotychczasowego wzoru dokumentu prawo wykonywania zawodu farmaceuty, nie dłużej jednak niż do dnia 12 lipca 2022 r.

Projekt rozporządzenia nie zawiera przepisów technicznych i w związku z tym nie podlega procedurze notyfikacji w rozumieniu przepisów rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039 oraz z 2004 r. poz. 597).

Projekt rozporządzenia nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Projekt rozporządzenia nie wymaga przedstawienia właściwym organom i instytucjom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, w celu uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia.

Projekt rozporządzenia nie ma wpływu na działalność mikroprzedsiębiorców, małych i średnich przedsiębiorców.

Jednocześnie należy wskazać, że nie ma możliwości podjęcia alternatywnych w stosunku do projektowanego rozporządzenia środków umożliwiających osiągnięcie zamierzonego celu.