*Miejscowość, data*

*Imię i Nazwisko*

*numer PESEL*

*numer prawa wykonywania zawodu (o ile dotyczy)*

*osoby składającej oświadczenie*

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wykonuję zawód *farmaceuty/technika farmaceutycznego* w *aptece/punkcie aptecznym* z siedzibą w *nazwa miejscowości i adres*.

*Podpis osoby składającej oświadczenie*