OŚWIADCZENIE FARMACEUTY

Ja ………………………………………………………………………………………………………………………,

(imię i nazwisko)

zamieszkała/y……………………………………………………………………………………………………………,

( adres zamieszkania)

wykonując/a/y zawód w ………………………………………………………………………………………………….

( nazwa miejsca pracy)

…………………………………………………………………………………………………………………………….

( adres miejsca pracy)

……………………………………………………… …………………………………………………………

 ( telefon kontaktowy do miejsca pracy) ( adres e-mail miejsca pracy)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

( stanowisko)

wyrażam zgodę na przesyłanie wszelkich informacji dotyczących mojej osoby jaki i wszelkich informacji dot. działalności Okręgowej Izby Aptekarskiej w Olsztynie na adres:

1) ……………………………………………………………………………………………………………………………

( adres do korespondencji)

2) ……………………………………………………………………………………………………………………………

( adres e-mail)

3)………………………………………………………………………………………………………………………….

( numer telefonu kontaktowego)

**Niniejsze oświadczenie jest zgodne z prawdą i jednocześnie zobowiązuje się do natychmiastowego powiadomienia Okręgowej Izby Aptekarskiej w Olsztynie o wszelkich zmianach w danym Oświadczeniu.**

…………………………………….. ………………………………………….

 (miejscowość, data) ( imię i nazwisko)