

.....
miejscowość i data

.....
Imię i Nazwisko

.....
adres zameldowania /ulica/

.....
kod; miejscowość

.....
nr telefonu i adres e-mail

Okręgowa Izba Aptekarska w Olsztynie
ul. Partyzantów 79/9
10-402 Olsztyn

W związku z rozpoczęciem / zamierzonym rozpoczęciem wykonywania zawodu farmaceuty na terenie Okręgowej Izby Aptekarskiej w Olsztynie proszę o wpisanie mnie na listę członków OIA w Olsztynie z dniem r.

*- niepotrzebne skreślić

.....
data i podpis