

# 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.**

.....

(miejsowość, data)

.....

( imię i nazwisko)