

dnia.....

OKRĘGOWA RADA APTEKARSKA  
OKRĘGOWEJ IZBY APTEKARSKIEJ  
W OLSZTYNIE

**OŚWIADCZENIE**

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że nie zostałam/em prawomocnie ukarana/y przez Okręgowy lub Naczelny Sąd Aptekarski.

.....  
podpis osoby składającej oświadczenie

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, że nie jest prowadzone przeciwko mnie żadne postępowanie przed Okręgowym lub Naczelnym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej ani przed Okręgowym lub Naczelnym Sądem Aptekarskim.

.....  
podpis osoby składającej oświadczenie

Ja, niżej podpisana/y oświadczam, iż w związku z zamiarem objęcia stanowiska

kierownika apteki / działu farmacji szpitalnej / hurtowni farmaceutycznej .....

.....  
(nazwa i adres apteki / działu farmacji szpitalnej / hurtowni farmaceutycznej)

nie pełnię funkcji kierownika w innej aptece / dziale farmacji szpitalnej / hurtowni farmaceutycznej

lub\*

zrezygnuję z pełnionej dotychczas funkcji kierownika apteki / działu farmacji szpitalnej / hurtowni

farmaceutycznej .....

.....  
(nazwa i adres apteki / działu farmacji szpitalnej / hurtowni farmaceutycznej)

z dniem .....

.....  
(podpis osoby składającej oświadczenie)

\*niepotrzebne skreślić