

Olsztyn, dnia

.....
Imię i Nazwisko Farmaceuty

.....
Nr PWZ

.....
adres zamieszkania

.....
adres zamieszkania

.....
adres e-mail

.....
nr telefonu

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

Wniosek o wydanie nowego dokumentu Prawo Wykonywania Zawodu Farmaceuty

W związku z kradzieżą / zagubieniem / zniszczeniem * oryginału dokumentu Prawo Wykonywania Zawodu Farmaceuty Nr wnoszę o wydanie duplikatu dokumentu.

Jednocześnie informuję, że skradzione / zagubione / zniszczone * prawo wykonywania zawodu farmaceuty Nr zostało wydane przez Okręgową Radę Aptekarską na podstawie Uchwały Nr z dnia r. **

.....
data i podpis

Załączniki:

1. aktualne zdjęcie paszportowe
2. kwestionariusz osobowy

* niepotrzebne skreślić

** dotyczy farmaceutów, którym PWZ zostało wydane przez inną niż Okręgowa Rada Aptekarska w Olsztynie