

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**

Oświadczam, że od dnia nie wykonuję zawodu farmaceuty i pobieram wyłącznie świadczenie emerytalne / rentę zdrowotną *.

Ostatnie miejsce zatrudnienia:

.....
.....
.....

Proszę podać nazwę i adres placówki

.....

data i podpis

* niepotrzebne skreślić