

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**

**OŚWIADCZENIE  
o zrzeczeniu się prawa wykonywania zawodu**

Ja ....., niżej podpisany / a\* niniejszym oświadczam, że z dniem ....., zrzekam się Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty Nr ..... zgodnie z art. 21 ust. 1 pkt. 5 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2024 r. poz. 676) w związku z art. 8f ustawy o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2024 r. poz. 688).<sup>1</sup>

Zrzeczenie się Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty jest równoznaczne ze skreśleniem z rejestru farmaceutów prowadzonego przez Okręgową Radę Aptekarską OIA w Olsztynie.

Jednocześnie oświadczam, iż od daty wskazanej powyżej nie będę wykonywać zawodu farmaceuty w rozumieniu art. 4 ustawy o zawodzie farmaceuty i jestem świadomy /a grożącej mi odpowiedzialności karnej w przypadku posługiwania się tytułem zawodowym „farmaceuta” jak też sprawowania opieki farmaceutycznej, udzielania usług farmaceutycznych lub wykonywania zadań zawodowych, o których mowa w art. 4 ust. 4 ustawy o izbach aptekarskich.

.....  
podpis

**Załączniki:**

1. Oryginał Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty

---

<sup>1</sup> Art. 23 ustawy o zawodzie farmaceuty: Farmaceuta, który utracił prawo wykonywania zawodu, może ponownie złożyć wniosek o przyznanie prawa wykonywania zawodu, jeżeli spełnia wymagania, o których mowa w art. 5 ust. 1 i jeżeli nie zaistniała przesłanka, o której mowa w art. 51 ust. 3 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich.