…….....

……..
Imię i Nazwisko

……..
adres zameldowania /ulica/

……
kod; miejscowość

.....
nr telefonu adres e-mail

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

W związku z zaprzestaniem wykonywania zawodu farmaceuty na terenie Okręgowej Izby Aptekarskiej w Olsztynie proszę o skreślenie mnie z listy członków OIA w Olsztynie z dniem ……. r.

Nadmieniam, że do dnia ……. r. pracowałam(em) w aptece og.*/aptece szpitalnej*/ hurtowni farmaceutycznej*/składzie celnym*/składzie konsygn.* mieszczącej/ym się w ……..… przy ul. ……..……...

Zamierzam wykonywać zawód farmaceuty na terenie działania OIA w …….

*- niepotrzebne skreślić

.....
data i podpis