

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**

W związku z uzyskaniem specjalizacji / doktoratu \* proszę o dokonanie wpisu w rejestrze farmaceutów prowadzonym przez Okręgową Radę Aptekarską w Olsztynie oraz zamieszczenie adnotacji w dokumencie Prawo Wykonywania Zawodu Farmaceuty.

.....  
data i podpis

Oryginał Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty odbiorę osobiście / proszę przesłać na adres: ..... \*

**Załączniki:**

1. oryginał Prawa Wykonywania Zawodu
2. kserokopia dyplomu specjalizacji lub doktoratu

\* niepotrzebne skreślić