

Olsztyn, dnia .....

.....  
Imię i Nazwisko Farmaceuty

.....  
Numer Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty

Dane kontaktowe \*\*:

.....  
adres e-mail

.....  
nr telefonu

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

Na podstawie art. 8 ust. 3 Ustawy o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2024 r. poz. 688) informuję o zmianie adresu **zameldowania / zamieszkania / do korespondencji** \* i proszę o jego aktualizację w rejestrze farmaceutów prowadzonym przez Okręgową Radę Aptekarską w Olsztynie.

Dane adresowe:

.....  
(ulica, nr domu, numer lokalu \*\*\*)

.....  
(kod pocztowy, miejscowość)

.....  
data i podpis

\* niepotrzebne skreślić

\*\* dane dobrowolne

\*\*\* jeżeli dotyczy