

.....
Imię i nazwisko

.....
miejsowość, data

.....
Nr PWZ

Oświadczenie dotychczasowego kierownika

o rezygnacji z pełnienia funkcji kierownika apteki / apteki szpitalnej / działu farmacji / hurtowni farmaceutycznej *

1. Oświadczam niniejszym, iż od dnia nie pełnię funkcji kierownika
apteki / apteki szpitalnej / działu farmacji / hurtowni farmaceutycznej *

mieszczącej się w

(adres: ulica, kod pocztowy, miejscowość)

2. Jednocześnie informuję, iż od dnia.....

a. pracuję w ww. aptece /dziale farmacji /hurtowni na stanowisku farmaceuty *

b. kończę pracę w ww. aptece /dziale farmacji /hurtowni w związku z rozwiązaniem stosunku pracy *

.....
pieczęć i podpis dotychczasowego kierownika

* - *niepotrzebne skreślić*