

Imię i Nazwisko

Adres (kod, miejscowość)

Miejscowość, dzień, miesiąc, rok

(ulica)

numer PWZF

Nr telefonu, adres email

**Okręgowa Rada Aptekarska
OIA w Warszawie
ul. Żeromskiego 77 lok. 6
01-882 Warszawa
e-mail: bozena.olech@oia.waw.pl**

WNIOSEK O OBNIŻENIE SKŁADKI CZŁONKOWSKIEJ

1. Proszę o obniżenie składki członkowskiej z tytułu przynależności do Okręgowej Izby Aptekarskiej w Warszawie do wysokości 20 zł.
2. Oświadczam, że:
 - 1) od dnia _____ jestem emerytem/rencistą*,
 - 2) nie wykonuję zawodu farmaceuty w formie zarobkowej
 - 3) jestem wpisana/y do rejestru farmaceutów prowadzonego przez ORA OIA w Warszawie
 - 4) zobowiązuje się niezwłocznie poinformować (na piśmie) biuro OIA w Warszawie o zmianach w zakresie pkt.2-2 (podjęcie pracy zarobkowej)
3. Informacja dotycząca zakończenia pracy w ostatnim miejscu zatrudnienia.

Oświadczam, że do dnia pracowałam/łem w
/dd.mm.rrrr/

.....
/apteka og./apteka szpitalna/dział farmacji szpitalnej /hurtownia/skład/*; ulica; nr; miejscowość

4. Oświadczam, że do chwili złożenia wniosku nie mam zaległości składkowych wobec Okręgowej Izby Aptekarskiej w Warszawie, której jestem członkiem.

.....
data i podpis

*niepotrzebne skreślić