

.....  
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*