

Warszawa , dnia 201__ roku

.....
Imię i Nazwisko

.....
adres do korespondencji /ulica/

.....
kod; miejscowość

.....
tel. kom.; mail

**Okręgowa Izba Aptekarska
w Warszawie
ul. Żeromskiego 77 lok. 6
01-882 Warszawa**

W związku z zaprzestaniem wykonywania zawodu farmaceuty na terenie Okręgowej Izby Aptekarskiej w Warszawie (woj. mazowieckie) proszę o skreślenie mnie z listy członków OIA w Warszawie z dniem r.

Nadmieniam, że do dnia r. pracowałam(em) w aptece og.*/aptece szpitalnej */ hurtowni farmaceutycznej*/dziale farmacji szpitalnej* mieszczącej/ym się przy ul. w

Przenoszę się na teren działania OIA w, gdzie zamierzam pracować w charakterze farmaceuty* / kierownika apteki*/ kierownika hurtowni*

* - niepotrzebne skreślić

Data i podpis