
Imię i Nazwisko

miejscowość, dzień, miesiąc, rok

Adres (kod, miejscowość, ulica)

PESEL

**Okręgowa Rada Aptekarska
OIA w Warszawie**

ul. Żeromskiego 77 lok. 6

01-882 Warszawa

e-mail: **warszawa@oia.pl**

nr tel. stacjonarnego, komórkowego, także e-mail

WNIOSEK O ZWOLNIENIE Z OBOWIĄZKU OPŁACANIA SKŁADEK CZŁONKOWSKICH

1. Proszę o zwolnienie z obowiązku opłacania składek członkowskich z tytułu przynależności do Okręgowej Izby Aptekarskiej w Warszawie.

2. Oświadczam, że:

- od dnia _____ **jestem emerytem/rencistą***,

- **nie wykonuję zawodu farmaceuty** (w aptece ogólnodostępnej, aptece szpitalnej, dziale farmacji szpitalnej, hurtowni farmaceutycznej, składzie konsygnacyjnym, Inspekcji Farmaceutycznej /nadzorcze farmaceutycznym/, czasopiśmie farmaceutycznym w ramach merytorycznej działalności redakcyjnej, itp.),

- **nie jestem właścicielem lub współwłaścicielem** apteki, hurtowni farmaceutycznej, składu celnego, składu konsygnacyjnego, itp.,

- **nie posiadam udziałów** (ani akcji) w spółce cywilnej, spółce handlowej, która jest właścicielem: apteki, hurtowni farmaceutycznej, składu konsygnacyjnego, itp.

3. **Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować (na piśmie) biuro OIA w Warszawie o zmianach dotyczących punktu 2 (tj. m.in. ewentualnego podjęcia pracy).**

4. 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

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

.....
data i podpis

*niepotrzebne skreślić