Warszawa , dnia ……………….. 202\_\_ 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 rejestru członków OIA w Warszawie z dniem ………………………………. r.

Nadmieniam, że od dnia …………… do dnia ……………. 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