_____, dnia _____ roku
miejscowość

_____
Imię i Nazwisko farmaceuty

_____
Nr PWZF

_____
adres zamieszkania

_____

_____
tel.; e-mail

Okręgowa Rada Aptekarska
Okręgowej Izby Aptekarskiej
w Warszawie
ul. Żeromskiego 77 lok. 6
01-882 Warszawa

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że z dniem ____- ____- _____ roku* zrzekam się Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty nr PWZF _____ zgodnie z art. 21 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 17 listopada 2022 r. o zawodzie farmaceuty (Dz.U. z 2022 r. poz. 1873 ze zm.) w związku z art. 8f ustawy o izbach aptekarskich (Dz.U. z 2021 r. poz. 1850 ze zm.).[1].

Przyczyną zrzeczenia się PWZF jest ……..
…….
…….

Zrzeczenie się Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty jest równoznaczne ze skreśleniem z rejestru farmaceutów prowadzonego przez Okręgową Radę Aptekarską OIA w Warszawie.

_____
podpis

Zał. Prawo Wykonywania Zawodu Farmaceuty (oryginał dokumentu)

*** nie może to być data wcześniejsza niż data złożenia niniejszego oświadczenia** (prawy górny róg pisma) **i data wpływu tego oświadczenia do Biura OIA w Warszawie**

[1] **Art. 23 ustawy o zawodzie farmaceuty:** *Farmaceuta, który utracił prawo wykonywania zawodu, może ponownie złożyć wniosek o przyznanie prawa wykonywania zawodu, jeżeli spełnia wymagania, o których mowa w art. 5 ust. 1, i jeżeli nie zaistniała przesłanka, o której mowa w art. 51 ust. 3 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich.*