

.....
(imię i nazwisko)

Data.....

.....
(adres)

.....
(telefon, e-mail)

**Lubelska Okręgowa Izba Aptekarska
ul. Lubartowska 60
20-094 Lublin**

Informacja o zakończeniu (podjęciu) pracy

Informuję, że z dniem.....zakończyłam pracę w aptece
ogólnodostępnej/aptece szpitalnej/aptece zakładowej/dziale farmacji szpitalnej/hurtowni
farmaceutycznej* na stanowisku

.....W

/podać miejsce pracy/

oraz podjęłam z dniem pracę w aptece ogólnodostępnej/aptece szpitalnej/aptece
zakładowej/dziale farmacji szpitalnej/hurtowni farmaceutycznej* na stanowisku

.....W.....

/podać miejsce pracy/

.....
(podpis)

* niepotrzebne skreślić