

**Załącznik Nr 2 do wniosku o przyznanie  
prawa wykonywania zawodu farmaceuty**

.....dnia.....

.....

.....

.....

.....

Imię i nazwisko , adres zamieszkania

**Oświadczenie składane w celu uzyskania prawa  
wykonywania zawodu farmaceuty**

Oświadczam, że:

1. w pełni korzystam z praw publicznych.
2. posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.
3. nie zostałam /zostałem/ skazana/y/ prawomocnym wyrokiem sądu za przestępstwo umyślne ścigane z oskarżenia publicznego oraz umyślne przestępstwo skarbowe.

-----

Podpis