……………………………………. Data………………….

 (imię i nazwisko)

…………………………………….

……………………………………

 (nr PWZ)

...................................................

 (adres)

...................................................

…………………………………….

 (e-mail, telefon)

 **Okręgowa Rada Aptekarska w Lublinie**

 **ul. Lubartowska 60**

 **20-094 Lublin**

**Wniosek o skreślenie z rejestru farmaceutów prowadzonego przez Okręgową Radę Aptekarską w Lublinie**

 Uprzejmie proszę o wykreślenie z rejestru farmaceutów prowadzonego przez Okręgową Radę Aptekarską w Lublinie z dniem…………………………….z powodu:

1. zamiaru podjęcia wykonywania/wykonywaniem zawodu na terenie izby ………………………………………………………………………………………………………………………………………

 (nazwa izby)

1. wykonywania zawodu na terenie więcej niż jednej okręgowej izby aptekarskiej
(w takiej sytuacji należy wskazać wybraną izbę)………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 (nazwa wybranej izby)

**3.** pełnienia funkcji kierownika apteki, punktu aptecznego, działu farmacji szpitalnej na terenie innej izby…………………………………………………………………………………………………………………….

 (nazwa izby)

**4.** złożenia oświadczenia o zrzeczeniu się prawa wykonywania zawodu farmaceuty (dołączyć oświadczenie zamieszczone na stronie)

**5.** wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty, felczera, starszego felczera, lekarza weterynarii, pielęgniarki lub położnej (dołączyć oświadczenie).

 ……………………………………….

 (podpis)

Załącznik:

1. Oryginał dokumentu prawo wykonywania zawodu farmaceuty\*

\* nie dotyczy farmaceutów, którzy uzyskali prawo wykonywania zawodu farmaceuty po 12 lipca 2022r. w przypadkach wymienionych w punktach 1-3