

.....
(imię i nazwisko)

Data.....

.....

.....
(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)

2. 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 dentystry, 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