

.....
(imię i nazwisko)

Data.....

.....
(adres)

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

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

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że z dniem..... roku zrzekam się prawa wykonywania zawodu farmaceuty o numerze..... zgodnie z art. 21 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 10 grudnia 2020r. o zawodzie farmaceuty (t.j. Dz.U.2022.184) w zw. z art. 8 f ustawy o izbach aptekarskich (t.j. Dz.U.2021.1850).

Zrzeczenie się prawa wykonywania zawodu farmaceuty jest równoznaczne ze skreśleniem z rejestru farmaceutów prowadzonego przez Okręgową Radę Aptekarską w Lublinie.

.....
Podpis