………………………………………………… Data………………

 (imię i nazwisko)

…………………………………………………

…………………………………………………

 (adres)

…………………………………………………

…………………………………………………

 (telefon, e-mail)

**Lubelska Okręgowa** **Izba**

 **ul. Lubartowska 60**

 **20-094 Lublin**

**Informacja o zakończeniu (podjęciu) pracy**

 Informuję, że z dniem………..…………………………..zakończyłam/em pracę w aptece ogólnodostępnej/aptece szpitalnej/aptece zakładowej/dziale farmacji szpitalnej/hurtowni farmaceutycznej\*, w wymiarze czasu pracy………………………………. (pełen etat, ½; ¼,, um. zlec.; itp) na stanowisku …………………………………………………………………w………………………………………….

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

 /podać miejsce pracy/

oraz podjęłam/ąłem z dniem ……………… pracę w aptece ogólnodostępnej/aptece szpitalnej/aptece zakładowej/dziale farmacji szpitalnej/hurtowni farmaceutycznej\*,
w wymiarze czasu pracy………………………………. (pełen etat, ½; ¼,, um. zlec.; itp) , na stanowisku …………………………………………………….w………………………………………………………………………………………

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

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

 /podać miejsce pracy/

 …………………………………………………..

 (podpis)

\* niepotrzebne skreślić