……………………………………… ………………..………………….

 (imię i nazwisko) (miejscowość i data)

………………………………………

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

 (adres)

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

 (numer PWZ)

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

 ...……………………………………

 (e-mail, telefon)

 **Okręgowa Rada Aptekarska w Lublinie**

 **ul. Lubartowska 60**

 **20-094 Lublin**

**Wniosek o zwolnienie z obowiązku opłacania składek członkowskich**

1. Proszę o zwolnienie z opłacania składek członkowskich z tytułu przynależności do Lubelskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej.
2. Oświadczam, że:

- od dnia ………………………………….jestem emerytem/rencistą,\*

- nie wykonuję zawodu farmaceuty (w aptece ogólnodostępnej, punkcie aptecznym, aptece szpitalnej, dziale farmacji szpitalnej, hurtowni farmaceutycznej, organach Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej, czasopiśmie farmaceutycznym w ramach merytorycznej działalności redakcyjnej, ani w żadnej innej formie wskazanej w art. 4 ust. 1 ustawy z dnia 10 grudnia 2020r. o zawodzie farmaceuty (tj. Dz.U.2022.1873),

- nie jestem właścicielem lub współwłaścicielem apteki, punktu aptecznego, hurtowni farmaceutycznej,

- nie posiadam udziałów (ani akcji) w spółce prawa handlowego, która jest właścicielem: apteki, punktu aptecznego, hurtowni farmaceutycznej.

1. Zobowiązuję się niezwłocznie, nie później niż w terminie 2 tygodni poinformować (na piśmie) biuro Lubelskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej o zmianach w zakresie punktu 2.
2. Informacja dotycząca zakończenia pracy w ostatnim miejscu zatrudnienia:

Oświadczam, że do dnia ……………………. pracowałam/em ………………………………………………………………

 /dd.mm.rrrr./ /apteka og./apteka szpitalna/dział farmacji szpitalnej

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 /hurtownia/\*; ulica; nr; miejscowość

Oświadczam, że do chwili złożenia wniosku nie mam zaległości składkowych wobec Lubelskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej.

Zostałam/em poinformowana/y, że od daty zwolnienia z obowiązku opłacania składek członkowskich uchwałą ORA nie podlegam ubezpieczeniu OC, w tym w zakresie dotyczącym wystawiania recept pro auctore, pro familiae.

 ……………………………………….

 data i podpis

\*niepotrzebne skreślić