

.....
(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 dniajestem 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.
3. Zobowiązuję się niezwłocznie, nie później niż w terminie 2 tygodni poinformować (na piśmie) biuro Lubelskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej o zmianach w zakresie punktu 2.
4. 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 składowych 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