_____ , dnia _____ roku
Miejscowość

_____
imię i nazwisko farmaceuty

_____
nr PWZ

_____
adres zamieszkania

_____

_____
nr tel.

**Dolnośląska Izba Aptekarska**
**al. Jana Matejki 6**
**50-333 Wrocław**

W związku z zamiarem podjęcia/ podjęciem wykonywania zawodu farmaceuty na terenie Dolnośląskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej we Wrocławiu proszę o wpisanie mnie na listę członków Dolnośląskiej Izby Aptekarskiej we Wrocławiu z dniem _____.

Miejsce wykonywania zawodu: _____

_____

_____

Jestem świadomy/ma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia[1]

_____
czytelny podpis

Załączniki:
1. Dane ewidencyjne farmaceuty
2. Przebieg pracy zawodowej
3. Prawo Wykonywania Zawodu Farmaceuty
4. Zaświadczenie z poprzedniej OIA dotyczące wywiązywania się z obowiązków członka samorządu zawodowego, ewentualnych postępowaniach dyscyplinarnych oraz przebiegu szkolenia ciągłego

[1] Zgodnie z art. 233 § 1 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny (Dz. U. z 2018 r. poz. 1600, z późn. zm.) oświadczenia są składane pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań. **„Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do lat 8. ”**