

_____, dnia _____ roku
miejsowość i data

imię i nazwisko farmaceuty

nr PWZ

adres zamieszkania

nr tel.

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

W związku z Uchwałą Nr RA/ 17/VI/12 z dnia 11 czerwca 2012 roku Okręgowej Rady Aptekarskiej DIA we Wrocławiu oświadczam, że od dnia nie wykonuję zawodu farmaceuty i pobieram wyłącznie świadczenie emerytalne/rentę zdrowotną*.

Ostatnim miejscem zatrudnienia był/ła

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

Proszę podać nazwę i adres placówki

Jestem świadomy/ma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia¹

Podpis

* Zaznacz właściwe

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.”