

_____, 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 ze zmianą danych osobowych dotyczących nazwiska proszę o dokonanie zmian w Rejestrze Farmaceutów.

Nazwisko:

Poprzednie nazwisko:

Imiona:

Zmiany dokonano na podstawie dokumentu – wydany przez
..... w dniu r.

Jestem świadoma/y odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia¹

Podpis

**Załączniki:
- ORYGINAŁ PWZ**

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.”