

_____, 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 / z podjęciem wykonywania zawodu farmaceuty na terenie Okręgowej Izby Aptekarskiej w _____ proszę o skreślenie z listy członków² Dolnośląskiej Izby Aptekarskiej we Wrocławiu z dniem _____.

Podpis

Jestem świadomy/ma odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia¹

Załączniki:

1. Prawo Wykonywania Zawodu

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.”

² Zgodnie z art. 20. ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (tj. Dz. U. 2019 poz. 1419 z późn. zm.), skreślenie z listy członków OIA na wniosek farmaceuty wymaga złożenia oświadczenia o zrzeczeniu się prawa wykonywania zawodu bądź przeniesienia się na teren innej izby aptekarskiej