

_____, dnia _____ roku
miejsowość

imię i nazwisko farmaceuty

nr PWZ

adres zamieszkania

nr tel.

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

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że z dniem roku zrzekam się Prawa Wykonywania Zawodu.

Podpis

Załączniki:

1. Prawo Wykonywania Zawodu