Białystok, dnia ……………………………

…………………………………..

 Imię i nazwisko

……………………………………

Nr prawa wykonywania zawodu

…………………………………………

…………………………………………

 Adres do korespondencji

……………………………………….

 Nr telefonu

**Do**

**Okręgowej Rady Aptekarskiej**

**w Białymstoku**

Zwracam się z prośbą o przywrócenie do aktywnych członków w rejestrze prowadzonym przez Okręgową Izbę Aptekarską w Białymstoku.

Oświadczam, że jestem emerytem/ką / rencistą/ktą i nie wykonuję czynnie zawodu farmaceuty.

Równocześnie oświadczam, że pod odpowiedzialnością zawodową zgłoszę do Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku fakt rozpoczęcia pracy w zawodzie farmaceuty.

………………………………………….

Czytelnie imię i nazwisko