

....., dnia

.....
Imię i nazwisko

.....
Adres zamieszkania

.....
Nr prawa wykonywania zawodu

**Prezes
Okręgowej Rady Aptekarskiej
w Białymstoku**

P O D A N I E

Proszę o zarejestrowanie/wyrejestrowanie* mnie z rejestru Okręgowej
Izby Aptekarskiej w Białymstoku z dniem

.....
Czytelny podpis

* Niepotrzebne skreślić