_____ , dnia _____ roku
miejscowość

_____
imię i nazwisko

_____
adres zamieszkania

_____

_____
nr telefonu

Beskidzka Okręgowa Izba Aptekarska
w Bielsku-Białej
ul. 3 Maja 27/4a,
43-300 Bielsko-Biała

Oświadczenie

o zrzeczeniu się prawa wykonywania zawodu

Oświadczam, że obecnie nie wykonuję i nie zamierzam wykonywać zawodu farmaceuty w aptece.

Z dniem ……..…… zrzekam się Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty i proszę o skreślenie mnie z listy członków Beskidzkiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Bielsku-Białej.

Zgodnie z przepisem art. 20 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991r. o izbach aptekarskich.

„Skreślenie z listy członków okręgowej izby aptekarskiej następuje wskutek:
1) śmierci;
2) pozbawienia prawa wykonywania zawodu z mocy orzeczenia sądu aptekarskiego lub wyroku sądowego;
3) zrzeczenia się prawa wykonywania zawodu;
4) przeniesienia się na teren innej izby."

ZAŁĄCZNIK;
1. Książeczka Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty

_____
podpis farmaceuty