

Katowice, dnia.....

Oświadczenie

Ja niżej podpisana /y/ zam.

..... oświadczam, że Prawo Wykonywania Zawodu
Farmaceuty nr wydane przez

.....
Zostało utracone w okolicznościach

.....
Jednocześnie oświadczam, że w przypadku odnalezienia utraconego dokumentu, niezwłocznie w terminie 7 dni powiadomię o tym właściwą izbę aptekarską i dokonam zwrotu jednego z dokumentów.

Zostałam /em/ poinformowany o tym, że posługiwanie się dwoma dokumentami Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty oraz jego udostępnianie innym osobom, jest sprzeczne z obowiązującym prawem i podlega karze.

Prawdziwość oświadczenia potwierdzam własnoręcznym podpisem

Imię i Nazwisko

Podpis