



**Zawiadomienie Śląskiej Izby Aptekarskiej
o podjęciu / zakończeniu*
wykonywania zawodu przez magistra farmacji**

.....
Miejscowość, data

Zgodnie z art. 36 ust. 2 ustawy o zawodzie farmaceuty ja niżej podpisany informuję, że zawiadamiam o **zatrudnieniu / zaprzestaniu * wykonywania zawodu farmaceuty** z dniem.....

Forma zatrudnienia i wymiar czasu pracy:

.....
w aptece/hurtowni/dziale farmacji szpitalnej/inne/*.....

.....
mieszczącej się w.....

.....
Imię i nazwisko

Jest członkiem izby aptekarskiej w

Nr PWZ.....

Adres zamieszkania (stałego pobytu) :

kod pocztowy miejscowość

ulica i numer

województwo, powiat

tel., tel. komórkowy

adres email

Zawiadomienie należy złożyć w biurze Izby lub przesłać listem poleconym na adres: Śląska Izba Aptekarska w Katowicach, 40-637 Katowice, ul. Kryniczna 15 lub przesłać na adres e-mail: katowice@oia.pl. Kopia zawiadomienia zostanie potwierdzona przy składaniu w biurze Izby, a w przypadku przesłania za pomocą poczty e-mail, odbiór e-maila zostaje każdorazowo potwierdzony e-mailem zwrotnym, co warto wydrukować jako potwierdzenie.

.....
Czytelny podpis

*- niewłaściwe skreślić