

UZYSKANIE SPECJALIZACJI lub DOKTORATU

.....
Miejscowość

.....
data

.....
NAZWISKO, Imię

.....
adres zamieszkania (nowy)

**Śląska Izba Aptekarska
ul. Kryniczna 15
40-637 Katowice**

W związku z uzyskaniem specjalizacji / doktoratu (niepotrzebne skreślić) proszę o dokonanie wpisu w Rejestrze i do Prawa Wykonywania Zawodu.

.....
Czytelny podpis

Załączniki:

1. Uwierzytelniona kserokopia dyplomu specjalizacji lub doktoratu.