mgr farm. _____
imię i nazwisko

Nr PWZF_____

Okręgowa Rada Aptekarska
w Zielonej Górze

WNIOSEK
O DOKONANIE WPISU DO REJESTRU FARMACEUTÓW

Na podstawie art. 7a ust. 2 Ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1850) oraz w związku z podjęciem pracy na terenie Lubuskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Zielonej Górze, tj.

w _____

_____(nazwa i adres jednostki)

na stanowisku _____ w wymiarze czasu pracy _____,

proszę o wpisanie mnie do Rejestru Farmaceutów LOIA z dniem _____.

Dotychczas byłam/łem wpisana/y do Rejestru Farmaceutów OIA w _____.

_____
podpis farmaceuty

_____
miejscowość i data