

Miejscowość, data

*Imię i Nazwisko
numer PESEL
numer prawa wykonywania zawodu (o ile dotyczy)
osoby składającej oświadczenie*

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wykonuję zawód *farmaceuty/technika farmaceutycznego*
w *aptece/punkcie aptecznym* z siedzibą w *nazwa miejscowości i adres*.

Podpis osoby składającej oświadczenie