

....., dnia

.....
/imię i nazwisko/

.....
/adres zamieszkania/

.....

O Ś W I A D C Z E N I E

Niniejszym wyrażam zgodę na przekazywanie informacji przez Kielecką Okręgową Izbę Aptekarską w następujący sposób:

1) na adres e-mail:

2) na nr telefonu:

.....
/podpis/