

.....
(imię i nazwisko)

....., dn. 20.....r.

.....
(adres zamieszkania)

.....

.....
(PESEL)

.....
(telefon)

.....
(adres e-mail)

**Kielecka Okręgowa
Izba Aptekarska
ul. Stefana Okrzei 26/1
25-525 KIELCE**

Uprzejmie proszę o wpisanie mnie z dniem
w poczet członków Kieleckiej Okręgowej Izby Aptekarskiej.

Uzasadnienie

.....
.....
.....
.....

.....
(podpis)