Załącznik do uchwały NR 33/2018
KORA z dnia 19 grudnia 2018r.

**O Ś W I A D C Z E N I E**

Ja …………………………………. posiadający/a prawo wykonywania zawodu farmaceuty
Nr ……………………….. niniejszym oświadczam, że nie wykonuję zawodu farmaceuty
w rozumieniu art.2a ust.1 i ust.2 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich
(Dz.U. z 2019 r. poz. 1429 z późn. zm.) od dnia …………………………………………….. z powodu ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 Równocześnie zgodnie z art. 15 ust.6 ustawy o izbach aptekarskich zobowiązuję się do powiadomienia KOIA na piśmie w terminie 30 (trzydziestu) dni, o dniu rozpoczęcia ponownego wykonywania zawody farmaceuty.

 Niniejsze oświadczenie składam po rygorem odpowiedzialności karnej za fałszywe zeznania, określonej w art. 233 kodeksu karnego.

…………………….., dnia…………………………

 ………………………………………….

 (czytelny podpis)