

....., dnia roku

.....

.....

.....

(imię i nazwisko, adres zamieszkania)

Częstochowska Okręgowa Izba Aptekarska

ul. Waszyngtona 28m7

42-200 Częstochowa

W związku z uchwałą Okręgowej Rady Aptekarskiej w Częstochowie nr 10/VII/skł.członk./2016 z dnia 15 stycznia 2016r. ust. 1 lit. f oświadczam, że od dnia nie wykonuję zawodu farmaceuty - pobieram świadczenie emerytalne/rentowe.

W związku z powyższym wnoszę o zwolnienie mnie z opłacania składek członkowskich na rzecz Częstochowskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej.

Ostatnim miejscem zatrudnienia była :

.....

.....

.....

(nazwa i adres miejsca pracy oraz data ustania zatrudnienia)

W przypadku ponownego podjęcia zatrudnienia w zawodzie farmaceuty zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić o tym fakcie tutejszą Izbę.

.....

(podpis)