

..... ,

Miejscowość

data

.....

Nazwisko i imię

.....

adres zamieszkania

.....

numer PWZF

Częstochowska Okręgowa Izba Aptekarska
ul. Waszyngtona 28m7
42-200 Częstochowa

W związku z podjęciem pracy na terenie Częstochowskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej proszę o wpisanie mnie na listę Członków CzOIA z dniem

.....

podpis