

..... ,
miejsowość

data

.....
nazwisko i imię

.....
adres zamieszkania

.....
numer PWZF

**Okręgowa Rada Aptekarska
Częstochowskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej
ul. Waszyngtona 28m7
42-200 Częstochowa**

**WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU CzOIA
PROWADZONEGO PRZEZ ORA W CZĘSTOCHOWIE**

W związku z art. 25 Ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz.U. z 2022r. poz. 676 t.j. z późn. zm.) oraz art. 7 i art. 8 ust. 3 Ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz.U. z 2024 r., poz. 688 ze zm.) z uwagi na podjęcie pracy na terenie Częstochowskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej proszę o wpisanie mnie do rejestru farmaceutów Częstochowskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej z dniem

Obecnie przynależę do izby:

.....
podpis