

..... ,

miejsowość

data

.....

nazwisko i imię

.....

adres zamieszkania

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

**WNIOSEK O WYPIS Z 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 2024 r. 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 t.j. z późn. zm.) proszę o skreślenie mnie z rejestru farmaceutów Częstochowskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej z dniem w związku z:

.....

.....

Jeżeli powodem wypisu jest przejście do innej izby aptekarskiej, proszę o jej wyszczególnienie poniżej:

.....

.....

podpis