

(imie i nazwisko; adres)

Oświadczam, że od dnia posiadam status osoby bezrobotnej, stwierdzony decyzją Urzędu Pracy. W związku z § 2 pkt 2 uchwały nr U-RSIA-076-VIII-2021 z dnia 2 lutego 2021 r. w sprawie składek członkowskich w Śląskiej Izbie Aptekarskiej, proszę o naliczanie składek członkowskich w niższej kwocie – tj. 10,00 zł miesięcznie.

W przypadku utracenia orzeczenia statusu osoby bezrobotnej, zobowiązuję się do niezwłocznego poinformowania Śląskiej Izby Aptekarskiej i wznowię opłacanie składek w pełnej wysokości.

Oświadczam również, iż jest mi wiadome, że deklaracja o niewykonywaniu zawodu jest równoważna z brakiem możliwości wydawania leków refundowanych, gdyż może to być przyczyną żądania zwrotu refundacji przez NFZ, a nawet rozwiązania umowy refundacyjnej z apteką.

Do oświadczenia załączam decyzję Urzędu Pracy, stanowiącą dowód nabycia statusu osoby bezrobotnej.

(czytelny podpis)