

.....

.....
(miejscowość, data)

.....

.....

(imię i nazwisko; adres)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że przebywam na emeryturze/rencie i nie wykonuję zawodu farmaceuty, ale chcę pozostać członkiem Śląskiej Izby Aptekarskiej w Katowicach. W związku z par 2 ust III uchwały nr U-RSIA-131-IX-2024 z dnia 3 grudnia 2024 roku w sprawie składek członkowskich w Śląskiej Izbie Aptekarskiej proszę o zwolnienie mnie z obowiązku opłacania składek członkowskich.

W przypadku podjęcia pracy w zawodzie farmaceuty niezwłocznie poinformuję biuro Śląskiej Izby Aptekarskiej o zatrudnieniu i wznowię opłacanie składek.

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

Ostatnie miejsce pracy.....

Data zakończenia pracy.....

.....
(czytelny podpis)