

Katowice, dnia .....

## Oświadczenie o utracie Prawa Wykonywania Zawodu

Ja niżej podpisana /y/ ..... zam.

.....  
oświadczam, że Prawo Wykonywania Zawodu Farmaceuty nr .....

wydane przez .....

zostało utracone w okolicznościach .....

.....

.....

Jednocześnie oświadczam, że w przypadku odnalezienia utraconego dokumentu, niezwłocznie w terminie 7 dni powiadomię o tym właściwą izbę aptekarską i dokonam zwrotu jednego z dokumentów.

Zostałam /em/ poinformowany o tym, że posługiwanie się dwoma dokumentami Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty oraz jego udostępnianie innym osobom, jest sprzeczne z obowiązującym prawem i podlega karze.

Prawdziwość oświadczenia potwierdzam własnoręcznym podpisem

Imię i Nazwisko .....

Podpis .....