Katowice …….

Oświadczenie

Ja niżej podpisana(y)…….....

Córka/syn…….....

zamieszkała/y

…….…...

oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

Oświadczenie składam w celu uzyskania duplikatu prawa wykonywania zawodu farmaceuty.

Podpis…….…….

Katowice ……

Oświadczam, że posiadam obywatelstwo polskie.

Imię i nazwisko

.....

Adres zamieszkania

.....

Podpis…….…….