

....., dnia roku

.....

.....

.....

(imię i nazwisko, adres zamieszkania)

Częstochowska Okręgowa Izba Aptekarska

ul. Waszyngtona 28m7

42-200 Częstochowa

W związku z uchwałą Okręgowej Rady Aptekarskiej w Częstochowie nr 12/IX/2024 z dnia 12 lutego 2024r. § 1 ust. 1 lit. f oświadczam, że od dn. nie wykonuję zawodu farmaceuty - pobieram świadczenie emerytalne/rentowe.

W związku z powyższym wnoszę o zwolnienie mnie z opłacania składek członkowskich na rzecz Częstochowskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej.

Ostatnim miejsce zatrudnienia była :

.....

.....

.....

(nazwa i adres miejsca pracy oraz data ustania zatrudnienia)

W przypadku ponownego podjęcia zatrudnienia w zawodzie farmaceuty zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić o tym fakcie tutejszą Izbę.

.....

(podpis)