

Częstochowa, dnia .....

## **OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisany/a ..... syn/córka .....  
zamieszkały/a .....

oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

Oświadczenie składam w celu uzyskania prawa wykonywania zawodu farmaceuty.

.....  
Podpis