

.....  
(Imiona i Nazwisko)

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Adres)

.....  
(Adres –c.d.)

.....  
(Nr telefonu)

**Gdańska Okręgowa Izba Aptekarska  
ul. Batoiego 18  
80-251 G d a ń s k**

W związku z zaprzestaniem wykonywania zawodu farmaceuty na terenie działania GOIA uprzejmie proszę o **s k r e ś l e n i e** z listy członków GOIA.

.....  
(Podpis)

Załączniki:

1. Oryginał prawa wykonywania zawodu farmaceuty

(odbiorę osobiście / proszę przesłać na adres: .....) \*

2. Kserokopia dowodu wpłaty składki członkowskiej (jeśli dotyczy)

3. Kserokopia ostatniego świadectwa pracy lub zaświadczenie o zakończeniu pracy (jeśli dotyczy)

\* - niepotrzebne skreślić