

.....
(Imiona i Nazwisko)

.....
(Miejscowość, data)

.....
(Adres)

.....
(Adres –c.d.)

.....
(Nr telefonu)

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

W związku z przerwą w wykonywaniu zawodu farmaceuty w aptece / hurtowni farmaceutycznej * z uwagi na długotrwałe zwolnienie / pracę poza granicami kraju / sprawowanie opieki nad dzieckiem * w okresie od do proszę o **zawieszenie** okresu ciągłego szkolenia.

.....
(Podpis)

* - niepotrzebne skreślić