

.....  
(Imiona i Nazwisko)

.....  
(Miejscowość, data)

.....  
(Adres)

.....  
(Adres –c.d.)

.....  
(Nr telefonu)

**Gdańska Okręgowa Rada Aptekarska  
ul. Rakoczego 9/U4  
80-288 G d a ń s k**

Zwracam się z prośbą o **przedłużenie** okresu ciągłego szkolenia o 1 rok / 2 lata \* .  
Do tej pory nie udało mi się zdobyć wymaganej ilości punktów edukacyjnych z uwagi  
na .....

.....

.....

.....

.....  
(Podpis)

\* - niepotrzebne skreślić