.....
(Imiona i Nazwisko)

.....
(Adres)

.....
(Adres –c.d.)

.....
(Nr telefonu)

.....
(Miejscowość, data)

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

Informuję, że **zakończyłam/em pracę** w:

1) ….....

….....

z dniem …..... na stanowisku ….....,

2) ….....

….....

z dniem …..... na stanowisku ….....,

3) ….....

….....

z dniem …..... na stanowisku …..... .

Nie wykonuję zawodu. / Rozpoczęłam/em pracę w * :

1) ….....

….....

z dniem …..... na stanowisku ….....

.....
(Podpis)

* - niepotrzebne skreślić