

\_\_\_\_\_, dnia \_\_\_\_\_ roku  
miejsowość

\_\_\_\_\_  
Imię i Nazwisko farmaceuty

\_\_\_\_\_  
Nr PWZF

\_\_\_\_\_  
adres zamieszkania

\_\_\_\_\_  
adres zamieszkania

\_\_\_\_\_  
tel.; e-mail

\_\_\_\_\_  
tel.; e-mail

**Okręgowa Rada Aptekarska  
Okręgowej Izby Aptekarskiej  
w Gdańsku**  
ul. Rakoczego 9/ U4  
80-288 GDAŃSK

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że z dniem \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ roku\* zrzekam się Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty nr PWZF \_\_\_\_\_ zgodnie z art. 21 ust. 1 pkt 5 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz.U. z 2024 r., poz. 676) w związku z art. 8f ustawy o izbach aptekarskich (Dz.U. z 2024 r., poz. 688).<sup>1</sup>

Zrzeczenie się Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty jest równoznaczne ze skreśleniem z rejestru farmaceutów prowadzonego przez Okręgową Radę Aptekarską OIA w Gdańsku.

Jednocześnie oświadczam, iż od daty wskazanej powyżej nie będę wykonywać zawodu farmaceuty w rozumieniu art. 4 ustawy o zawodzie farmaceuty i jestem świadomy/a grożące mi odpowiedzialności karnej w przypadku posługiwania się tytułem zawodowym "farmaceuta" jak też sprawowania opieki farmaceutycznej, udzielania usługi farmaceutycznej lub wykonywania zadań zawodowych, o których mowa w art. 4 ust. 4 ustawy o izbach aptekarskich.

\_\_\_\_\_  
podpis

Zał. Prawo Wykonywania Zawodu Farmaceuty (oryginał dokumentu)

**\* nie może to być data wcześniejsza niż data złożenia niniejszego oświadczenia (prawy górny róg pisma) i data wpływu tego oświadczenia do Biura OIA w Gdańsku**

<sup>1</sup> Art. 23 ustawy o zawodzie farmaceuty: Farmaceuta, który utracił prawo wykonywania zawodu, może ponownie złożyć wniosek o przyznanie prawa wykonywania zawodu, jeżeli spełnia wymagania, o których mowa w art. 5 ust. 1, i jeżeli nie zaistniała przesłanka, o której mowa w art. 51 ust. 3 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich.