.....
(Imiona i Nazwisko)

.....
(Adres)

.....
(Adres –c.d.)

.....
(Nr telefonu)

.....
(Miejscowość, data)

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

Zwracam się z prośbą o **p r z e d ł u ż e n i e** 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