

.....
(imię i nazwisko)

....., dn. 20....r.

.....
(adres zamieszkania)

**Kaliska Okręgowa
Izba Aptekarska
ul. Korczak 8a/2
62-00 Kalisz**

W związku z zaprzestaniem wykonywania zawodu farmaceuty w aptecę przy ul. w z dniem na terenie Kaliskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej uprzejmie proszę o skreślenie mnie z listy członków Kaliskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej oraz z Rejestru Farmaceutów w związku z zamiarem podjęcia zatrudnienia z dniem w aptecę przy ul. w na terenie Izby.

Jednocześnie proszę o wydanie zaświadczenia potwierdzającego przynależność do Kaliskiej OIA.

.....
(podpis)