……………………………………………………………………..

*miejscowość, data*

**OŚWIADCZENIE**

Ja niżej podpisana/ny ………………………………………………………………………………………………………………..

*(imię/imiona, nazwisko)*

nr Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty ……………………………………………………………………..

Numer PESEL: …………………………………………………..

proszę o przesłanie dokumentu Prawo Wykonywania Zawodu Farmaceuty, wydanego na rzecz mojej osoby, na poniżej wskazany mój adres:

………………………………………………………………………….…..

………………………………………………………………………….…..

…………………………………………………………………….………..

………………………………………………………………………….…..

Oświadczam, iż przesłanie dokumentu Prawo Wykonywania Zawodu Farmaceuty na powyższy adres będzie równoznaczne z przekazaniem mi go osobiście.

*Czytelny podpis:*

*………………………………………………………………………………*