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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Imię i nazwisko farmaceuty, adres zamieszkania,

telefon, e-mail

**Podkarpacka Okręgowa Rada Aptekarska**

**ul. T. Lenartowicza 17A/140-141**

**35-051 Rzeszów**

Zwracam się z wnioskiem o wydanie zaświadczenia o spełnieniu warunków do pełnienia funkcji kierownika apteki szpitalnej, apteki zakładowej, hurtowni farmaceutycznej, działu farmacji szpitalnej\* dla mgr farm. ………………………………………………..
w związku z zamiarem podjęcia pełnienia funkcji kierownika szpitalnej, apteki zakładowej, hurtowni farmaceutycznej, działu farmacji szpitalnej\*……………………………………… …………………… …………………………………………………………………………….

Planowana data rozpoczęcia pracy na stanowisku kierownika …………………………………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Podpis

* niepotrzebne skreślić

Załączniki:

1. Kwestionariusz zgłoszeniowy dotyczący wniosku o ubieganie się o stanowisko kierownika