

_____, dnia _____ roku

Imię i nazwisko farmaceuty, adres zamieszkania,
telefon, e-mail

Podkarpacka Okręgowa Rada Aptekarska
ul. Jagiellońska 23/5
35- 025 Rzeszów

Zwracam się z prośbą o stwierdzenie rękojmi należytego prowadzenia apteki/ hurtowni farmaceutycznej/ działu farmacji szpitalnej* dla mgr farm.....
w związku z zamiarem podjęcia pełnienia funkcji kierownika apteki/ osoby odpowiedzialnej za prowadzenie hurtowni farmaceutycznej/ osoby prowadzącej dział farmacji szpitalnej*
w.....

Planowana data rozpoczęcia pracy na stanowisku kierownika

.....

Podpis

* niepotrzebne skreślić

Załączniki:

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