

.....
Imię i nazwisko farmaceuty

.....
adres

....., dnia

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

Zwracam się z wnioskiem o przedłużenie okresu edukacyjnego o 12/24 * miesiące.
z powodu.....

.....
Podpis farmaceuty

*Niepotrzebne skreślić