..... .....
Miejscowość data

.....
Imię i nazwisko

.....
Numer Prawa Wykonywania Zawodu

.....

.....
Adres stałego pobytu

**Śląska Izba Aptekarska**
**ul. Kryniczna 15**
**40-637 Katowice**

W związku z zamiarem podjęcia pracy za granicą, proszę o wydanie zaświadczenia o posiadaniu Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty oraz stwierdzenia, czy nie toczy się postępowanie przed Okręgowym Rzecznikiem Odpowiedzialności Zawodowej lub Okręgowym Sądem Aptekarskim.

.....
Czytelny podpis