

.....
Imię i nazwisko

.....
Miejscowość i data

.....
Nr PWZ

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na powierzenie mi mandatu delegata na IX Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo – Wyborczy Okręgowej Izby Aptekarskiej w Łodzi w dniu 9 grudnia 2023 r.

Za zgodność podpisu

.....
Kierownik apteki/
pracownik biura OIA

.....
Podpis osoby kandydującej