

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Miejscowość i data

.....  
Nr PWZ

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na powierzenie mi na Zjeździe Sprawozdawczo-Wyborczym w dniu 7 grudnia 2019 r. funkcji

\*

.....  
(proszę wpisać odpowiednią funkcję)

Za zgodność podpisu

.....  
Kierownik apteki/  
pracownik biura OIA

.....  
Podpis osoby kandydującej

---

\*

Prezesa Okręgowej Rady Aptekarskiej w Łodzi  
Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej  
zastępcy Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej  
członka Okręgowego Sądu Aptekarskiego  
członka Okręgowej Komisji Rewizyjnej  
członka Okręgowej Rady Aptekarskiej  
delegata na VIII Krajowy Zjazd Aptekarzy