

.....
Imię i nazwisko

.....
Miejscowość i data

.....
Nr PWZ

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na powierzenie mi na IX Zjeździe Sprawozdawczo-Wyborczym w dniu 9 grudnia 2023 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 (wymagany 7-letni staż pracy)
członka Okręgowej Komisji Rewizyjnej
członka Okręgowej Rady Aptekarskiej
delegata na IX Krajowy Zjazd Aptekarzy