

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Miejscowość i data

.....  
Nr PWZ

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że wyrażam zgodę na powierzenie mi mandatu delegata na VIII Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo – Wyborczy Okręgowej Izby Aptekarskiej w Łodzi w dniu 7 grudnia 2019 r.

Za zgodność podpisu

.....  
Kierownik apteki/  
pracownik biura OIA

.....  
Podpis osoby kandydującej