

Każdy farmaceuta jest zobowiązany **niezwłocznie** zawiadamiać Opolską Okręgową Izbę Aptekarską o zaprzestaniu zatrudnienia oraz podjęciu zatrudnienia.

Zawiadomienie Opolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej

o zatrudnieniu / zaprzestaniu*

pracy przez farmaceutę

.....
miejsowość – data

.....
imię nazwisko

zawiadamiam o **zatrudnieniu / zaprzestaniu pracy*** z dniem

rodzaj zatrudnienia

wymiar czasu pracy:

stanowisko

Dane miejsca pracy :

kod pocztowy miejscowość

ulica i numer

województwo, powiat

tel., tel. komórkowy

adres email

UWAGA

Zawiadomienie o zatrudnieniu **nie skutkuje** automatycznym zawiadomieniem o zaprzestaniu wykonywania zawodu w poprzednim miejscu pracy.

* pozostawić właściwe.

.....
(Czytelny podpis)

Każdy farmaceuta jest zobowiązany **niezwłocznie** zawiadamiać Opolską Okręgową Izbę Aptekarską o zaprzestaniu zatrudnienia oraz podjęciu zatrudnienia.

Zawiadomienie Opolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej

o zatrudnieniu / zaprzestaniu*

pracy przez farmaceutę

.....
miejsowość – data

.....
imię nazwisko

zawiadamiam o **zatrudnieniu / zaprzestaniu pracy*** z dniem

rodzaj zatrudnienia

wymiar czasu pracy:

stanowisko

Dane miejsca pracy :

kod pocztowy miejscowość

ulica i numer

województwo, powiat

tel., tel. komórkowy

adres email

UWAGA

Zawiadomienie o zatrudnieniu **nie skutkuje** automatycznym zawiadomieniem o zaprzestaniu wykonywania zawodu w poprzednim miejscu pracy.

* pozostawić właściwe.

.....
(Czytelny podpis)