

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**

.....
miejscowość – data

.....
imię nazwisko

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

rodzaj zatrudnienia.....

wymiar czasu pracy:

stanowisko

Dane miejsca pracy :

nazwa.....

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)