

.....  
(imię i nazwisko)

....., dn. .... 20.....r.

.....  
(adres zamieszkania)

.....

.....  
(PESEL)

**Kaliska Okręgowa  
Izba Aptekarska  
ul. Korczak 8a/2  
62-800 Kalisz**

W związku z podjęciem z dniem ..... pracy  
w ..... przy ul. ....  
w..... na stanowisku ..... w wymiarze  
....., uprzejmie proszę o wpisanie mnie w poczet członków Kaliskiej  
Okręgowej Izby Aptekarskiej oraz do Rejestru Farmaceutów.

.....  
(podpis)