
(miejsowość, data)

**Małopolski Wojewódzki Inspektor
Farmaceutyczny**

Oświadczenie dotychczasowego kierownika o zaprzestaniu pełnienia funkcji.

Informuję, że od dnia r. nie pełnię funkcji kierownika w aptece
szpitalnej/dziale farmacji szpitalnej.....

.....

(adres apteki/działu)

.....
(podpis dotychczasowego kierownika)