
(miejsowość, data)

**Małopolski Wojewódzki Inspektor
Farmaceutyczny**

Oświadczenie dotychczasowego kierownika apteki o zaprzestaniu pełnienia funkcji.

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

.....

(adres apteki)

.....
(podpis dotychczasowego kierownika)