

.....
miejsowość, data

.....
.....
.....
nazwa i adres przedsiębiorcy

**Dolnośląski Wojewódzki Inspektor
Farmaceutyczny we Wrocławiu
Pl. Powstańców Warszawy 1
50-153 Wrocław**

Informuję, że z dniem zatrudniłam / zatrudniłem
Pana / Panią
zam.

na stanowisko kierownika apteki ogólnodostępnej / apteki zakładowej /
apteki szpitalnej / punktu aptecznego*

nazwa placówki

adres placówki

.....
podpis przedsiębiorcy

W załączeniu

- 1) oświadczenie kierownika,
- 2) dyplom,
- 3) prawo wykonywania zawodu,
- 4) specjalizacja,
- 5) świadectwa pracy,

* niepotrzebne skreślić