

....., dnia .....

.....  
(imię i nazwisko)

.....  
(adres do korespondencji, telefon, e-mail)

.....  
(numer prawa wykonywania zawodu)

**Okręgowa Izba Aptekarska w Krakowie**  
**ul. Kobierzyńska 98/68, 30-382 Kraków**  
**biuro@oia.krakow.pl**  
**WNIOSEK**

Wnoszę o zwolnienie z obowiązku płacenia składki członkowskiej na rzecz Okręgowej Izby Aptekarskiej w Krakowie – na podstawie Uchwały Nr VI/27/2012 Krajowego Zjazdu Aptekarzy z dnia 22.01.2012 w związku z :

- I. 1. przejściem na emeryturę \*
2. przejściem na rentę inwalidzką w związku z orzeczoną niezdolnością do wykonywania zawodu farmaceuty \*

II. W załączeniu przedstawiam :

1. Nr decyzji emerytalnej ..... \*
2. Nr orzeczenie o niezdolności do wykonywania zawodu farmaceuty ..... \*

III. Oświadczam, że od dnia .....nie wykonuję zawodu farmaceuty w formach określonych w art. 4 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (tj. Dz.U. 2022 poz. 184 ):

- nie wykonuję zawodu farmaceuty: w aptece ogólnodostępnej, punkcie aptecznym, w aptece szpitalnej, aptece zakładowej, dziale farmacji szpitalnej, w zespole farmacji klinicznej, hurtowni farmaceutycznej, Inspekcji Farmaceutycznej, NFZ, oraz nie prowadzę działalności dydaktycznej w uczelni prowadzącej studia na kierunku farmacja

- nie jestem wspólnikiem spółki jawnej lub wspólnikiem (partnerem) spółki partnerskiej, której przedmiotem działalności jest prowadzenie apteki

- nie prowadzę apteki ogólnodostępnej lub punktu aptecznego w ramach jednoosobowej działalności gospodarczej

**IV. Zobowiązuję się niezwłocznie poinformować pisemnie biuro OIA w Krakowie o zmianach dotyczących punktu III (m. in. o podjęciu pracy)**

**V. Informacja dotycząca zakończenia pracy w ostatnim miejscu zatrudnienia.**

Oświadczam, że do dnia .....pracowałam/em w.....

/dd.mm.rrrr/

.....  
nazwa podmiotu, miejscowość, adres

**VI. Oświadczam, że do chwili złożenia wniosku nie mam zaległości w opłaceniu składek członkowskich wobec Okręgowej Izby Aptekarskiej w Krakowie/ mam zaległości w opłaceniu składek członkowskich wobec Okręgowej Izby Aptekarskiej w Krakowie w wysokości ..... PLN\***

Jednocześnie oświadczam że jest mi znana treść art. 66 oraz art. 8F ust. 1. pkt. 5 ustawy z dnia 19.04.1991 r. o izbach aptekarskich (tj. Dz.U. 2021 poz. 1850 ) o przysługującym samorządowi aptekarskiemu prawie do:

- **ściągnięcia nieopłaconych składek członkowskich w trybie postępowania egzekucyjnego w administracji**
- **skreślenia z rejestru farmaceutów prowadzonemu przez okręgową radę aptekarską za nieopłacenie składek członkowskich przez okres dłuższy niż 24 miesiące**

.....  
podpis farmaceuty