

.....
(imię i nazwisko)

....., dn. 20 r.

.....
(adres stałego zameldowania)

.....
(adres e-mail)

.....
(telefon)

**Dziekan
Wydziału Farmaceutycznego
Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu**

Oświadczenie

Oświadczam, że pełnię / planuję podjąć* funkcję osoby wykwalifikowanej u wytwórcy / importera produktów leczniczych*

Miejsce zatrudnienia:
.....
.....

Jednocześnie oświadczam, że jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.

.....
(podpis osoby składającej oświadczenie)

* niepotrzebne skreślić