

....., 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

Wnoszę o obniżenie płaconej przeze mnie składki członkowskiej na rzecz Okręgowej Izby Aptekarskiej w Krakowie, stosownie do treści § 1 ust. 4 Uchwały Nr 4/03/2024 Okręgowej Izby Aptekarskiej w Krakowie z dnia 19 marca 2024 r. w sprawie określenia wysokości składki członkowskiej, w związku z moją trudną sytuacją materialną wynikłą z faktu:

.....  
.....

Jednocześnie w załączeniu przedstawiam: \*

.....  
.....

**Jednocześnie oświadczam że jest mi znana treść art. 66 ustawy z dnia 19.04.1991 r. o izbach aptekarskich (tj. Dz. U. 2021 r., poz. 1850 ze zm. ) o przysługującym samorządowi aptekarskiemu prawie ściągnięcia nieopłaconych składek członkowskich w trybie postępowania egzekucyjnego w administracji oraz art. 8F ust. 1. – Skreślenie z rejestru farmaceutów prowadzonego przez okręgową radę aptekarską następuje wskutek: pkt.5 - nieopłacenie składek członkowskich przez okres dłuższy niż 24 miesiące.**

.....

(podpis farmaceuty)

\* posiadana dokumentacja mogąca poświadczyć trudną sytuację materialną