

.....
(Imiona i Nazwisko)
.....
(Adres)
.....
(Adres –c.d.)
.....
(Nr telefonu)

.....
(Miejscowość, data)

Gdańska Okręgowa Rada Aptekarska
ul. Rakoczego 9/U4
80-288 G d a ń s k

Zwracam się z prośbą o **przedłużenie** okresu ciągłego szkolenia o 1 rok / 2 lata * .
Do tej pory nie udało mi się zdobyć wymaganej ilości punktów edukacyjnych z uwagi
na
.....
.....
.....

.....
(Podpis)

* - niepotrzebne skreślić