

**UCHWAŁA NR 12 / 23**  
**Kieleckiej Okręgowej Rady Aptekarskiej**

**z dnia 25 października 2023 r.**

**w sprawie składki członkowskiej w samorządzie aptekarskim KOIA**

Na podstawie art. 29 pkt 3 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2021 r. poz. 1850 z późn. zm.) uchwała się co następuje:

**§1**

1. Miesięczna składka członkowska w samorządzie aptekarskim od dnia 1 stycznia 2024r. , zwana dalej składką, wynosi od:

- 1) członka wykonującego zawód farmaceuty 55,00 zł (pięćdziesiąt pięć złotych),
- 2) członka, który złożył oświadczenie o jakim mowa w §5, niewykonywanego zawodu farmaceuty przez okres powyżej 30 (trzydziestu) dni: - 25,00 zł (dwadzieścia pięć złotych) przez okres faktycznego niewykonywania zawodu powyżej 30 dni.

2. Za okres niewykonywania zawodu , o którym mowa w ust. 1 pkt 2) nie uważa się okresu przebywania na urlopie wypoczynkowym.

**§2**

1. Zwalnia się z obowiązku uiszczania składki członkowskiej niewykonywanego zawodu farmaceuty emeryta lub rencistę.
2. W przypadku zaległości w płatnościach, wpłacone kwoty w pierwszej kolejności będą zaliczane na poczet składek najwcześniej wymagalnych.

**§3**

W miesiącu wpisu na listę członków Kieleckiej Okręgowej Izby Aptekarskiej składka wynosi:

- 1) przy wpisie w dacie do dnia 15 miesiąca włącznie - 100% (sto procent) składki określonej w §1,
- 2) przy wpisie w dacie po dniu 15 miesiąca – składki nie opłaca się.

**§4**

W miesiącu wykreślenia z listy członków Kieleckiej Okręgowej Izby Aptekarskiej składka wynosi:

- 1) przy wykreśleniu w dacie do dnia 15 miesiąca włącznie - składki nie opłaca się, ,
- 2) przy wykreśleniu w dacie po dniu 15 miesiąca - 100% (sto procent) składki określonej w §1.

**§5**

1. Podstawą opłacania składki w kwocie określonej w §1 ust. 1 pkt 2), jest złożenie oświadczenia stanowiącego załącznik do uchwały, określającego przewidywany czas niewykonywania zawodu farmaceuty.
2. Prawo do opłacania składki w wysokości o jakiej mowa w §1 ust.1 pkt.2) przysługuje od 1-go dnia miesiąca następującego po złożeniu oświadczenia o jakim mowa w ust.1 przez okres wskazany w tym oświadczeniu o ile członek wcześniej nie podjął wykonywania zawodu farmaceuty.

**§6**

Należność z tytułu składki uiszcza się najpóźniej w ostatnim dniu miesiąca za dany miesiąc.

**§8**

Nieopłacone w terminie składki członkowskie podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji wraz z odsetkami ustawowymi.

**§9**

Traci moc uchwała nr 33/18 Kieleckiej Okręgowej Rady Aptekarskiej z dnia 19 grudnia 2018r.

**§10**

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Anna Gołębiowska

.....  
/Sekretarz/

Radosław Wesolek

.....  
/Skarbnik/

Robert Gocał

.....  
/Prezes/

### OŚWIADCZENIE

Ja \_\_\_\_\_ posiadający/a prawo wykonywania zawodu  
farmaceuty Nr \_\_\_\_\_ niniejszym oświadczam, że nie wykonuję zawodu  
farmaceuty w rozumieniu art. 4 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty ( Dz.  
U. 2022 poz. 1873) od dnia ..... z powodu .

.....  
.....  
i planuję nie wykonywać go do dnia.....

Równocześnie zobowiązuję się do powiadomienia KOIA na piśmie w terminie  
30 (trzydziestu) dni, o dniu rozpoczęcia ponownego wykonywania zawodu farmaceuty.

Niniejsze oświadczenie składam pod rygorem odpowiedzialności karnej za fałszywe  
zeznania, określonej w art.233 kodeksu karnego.

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

\_\_\_\_\_  
(czytelny podpis) .