

Numer wniosku

Miejscowość, data

Kod Oddziału Wojewódzkiego:

Dane Wnioskującego:

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

Dane apteki

Nazwa:

Adres:

Kod apteki¹

(-wzór-)

**WZÓR PODPISU I PARAFY OSOBY/OSÓB UPRAWNIONEJ/YCH
DO REPREZENTOWANIA PODMIOTU PROWADZĄCEGO
APTEKĘ/PUNKT APTECZNY¹ W TRAKCIE TRWANIA UMOWY
NA REALIZACJĘ RECEPT**

L. p.	Czytelnie imię i nazwisko	Podpis	Parafa

¹ Zgodnie z wpisem do KRS lub innym aktualnym upoważnieniem do reprezentacji podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny