

Numer wniosku .....

Miejscowość, data

Kod Oddziału Wojewódzkiego: .....

Dane Wnioskującego:

Nazwa: .....

Adres: .....

Nr telefonu: .....

Nr NIP: .....

Nr REGON: .....

Dane apteki

Nazwa: .....

Adres: .....

Kod apteki<sup>1</sup> .....

## Oświadczenie

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych podanych we wniosku o zawarcie umowy na wydawanie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia oraz wyrobów medycznych na receptę dla celów związanych z zawarciem tej umowy.

.....  
Podpis/y i pieczęć  
Osoby reprezentującej wnioskującego

.....  
Podpis/y i pieczęć  
Kierownika apteki/ punktu aptecznego

<sup>1</sup> o ile został nadany