

.....
Miejscowość, data

Numer umowy:

Dane podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny:

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

Dane apteki/punktu aptecznego:

Nazwa:

Adres:

Kod apteki

**OŚWIADCZENIE
PODMIOTU PROWADZĄCEGO APTEKĘ/PUNKT APTECZNY**

Oświadczam, że podmiot prowadzący aptekę/punkt apteczny nie będzie odwoływał się od decyzji Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego:

znak z dnia r.

Jednocześnie informuję, że powyższa decyzja stanie się ostateczna¹ w dniu

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

¹ 14 dni kalendarzowych liczonych od daty doręczenia decyzji podmiotowi prowadzącemu aptekę/punkt apteczny.