

.....
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

**WZÓR PODPISU I PARAFY
OSÓB UPRAWNIONYCH DO REPREZENTOWANIA PODMIOTU
PROWADZĄCEGO APTEKĘ/PUNKT APTECZNY¹**

L. p.	Czytelnie imię i nazwisko	Podpis	Parafa

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