

.....  
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 APTECZNY<sup>1</sup>**

| L. p. | Czytelnie imię i nazwisko | Podpis | Parafa |
|-------|---------------------------|--------|--------|
|       |                           |        |        |
|       |                           |        |        |
|       |                           |        |        |
|       |                           |        |        |

---

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