

.....
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

Świadom/a odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych informacji na zasadach określonych w art. 233 §1 k.k. oświadczam, że wszystkie dane podane w zgłoszeniu zmiany osób uprawnionych do reprezentowania podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny do umowy na wydawanie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na receptę i załącznikach oraz ich wydrukach zostały wpisane zgodnie ze stanem faktycznym na dzień ich sporządzenia.

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