

.....  
Miejscowość, data

Numer umowy: .....

**Dane podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny:**

Nazwa: .....

Adres: .....

Nr telefonu: .....

Nr NIP: .....

Nr REGON: .....

**Dane apteki**

Nazwa: .....

Adres: .....

Nr telefonu: .....

Kod ewidencyjny apteki: .....

**PEŁNOMOCNICTWO**

Ja niżej podpisana/ podpisany upoważniam Panią/Pana .....,  
PESEL<sup>1</sup>: ..... nr prawa wykonywania zawodu<sup>2</sup>: .....  
do podpisywania zestawień zbiorczych recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia  
żywnościowego, wyroby medyczne za właściciela/kierownika<sup>3</sup> apteki lub punktu aptecznego w okresie  
od ..... do .....

**WZÓR PODPISU I PARAFY OSOBY/OSÓB UMOCOWANYCH  
DO PODPISYWANIA ZESTAWIEŃ ZBIORCZYCH**

L. p.	Czytelnie imię i nazwisko	Podpis	Parafa

.....  
Podpis

<sup>1</sup> W przypadku braku tego numeru – rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

<sup>2</sup> Pole obowiązkowe w przypadku pełnomocnictwa od kierownika apteki.

<sup>3</sup> Niepotrzebne skreślić.