

.....  
Miejscowość, data

Kod Oddziału Wojewódzkiego: .....

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

Nazwa: .....

Adres: .....

Nr telefonu: .....

Nr NIP: .....

Nr REGON: .....

**Dane apteki**

Nazwa: .....

Adres: .....

Nr identyfikacyjny apteki .....

**PEŁNOMOCNICTWO**

Ja        niżej        podpisana/podpisany        jako        osoba        reprezentująca        podmiot:

.....  
.....

upoważniam Panią/Pana .....,

PESEL:.....

do podpisywania w moim imieniu oświadczeń w zbiorczych zestawieniach recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne od dnia

**WZÓR PODPISU I PARAFY OSOBY UMOCOWANEJ  
DO PODPISYWANIA OŚWIADCZEŃ W ZESTAWIENIACH ZBIORCZYCH W IMIENIU OSOBY  
REPREZENTUJĄCEJ PODMIOT PROWADZĄCY APTEKĘ**

L. p.	Czytelnie imię i nazwisko	Podpis	Parafa

.....  
Podpis