

Numer wniosku .....

Miejscowość, data

Kod Oddziału Wojewódzkiego: .....

Dane Wnioskującego:

Nazwa: .....

Adres: .....

Nr telefonu: .....

Nr NIP: .....

Nr REGON: .....

Dane apteki

Nazwa: .....

Adres: .....

Kod apteki<sup>1</sup> .....

(-wzór-)

**WZÓR PODPISU I PARAFY OSOBY/OSÓB UPRAWNIONEJ/YCH  
DO REPREZENTOWANIA PODMIOTU PROWADZĄCEGO  
APTEKĘ/PUNKT APTECZNY<sup>1</sup> W TRAKCIE TRWANIA UMOWY  
NA REALIZACJĘ RECEPT**

L. p.	Czytelnie imię i nazwisko	Podpis	Parafa

---

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