

Wniosek w sprawie rachunku bankowego

Miejscowość Data

Nazwa podmiotu

REGON podmiotu

Numer identyfikacyjny apteki

Dane posiadacza rachunku

bankowego:

.....

.....

Nr rachunku bankowego do rozliczania umowy na pełnienie dyżurów w dni wolne od pracy lub dyżurów
w porze nocnej w aptecę:

.....

.....

Podpis* podpis osoby/osób uprawnionej/ych do reprezentowania podmiotu prowadzącego aptekę

*podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka podmiotu zawierające nazwę, adres, NIP i REGON
wraz z podpisem osoby/osób uprawnionej/ych do reprezentowania podmiotu prowadzącego aptekę