

**Wzór podpisu i parafy osoby uprawnionej do reprezentowania podmiotu prowadzącego aptekę
lub punkt apteczny¹⁾ w trakcie trwania umowy na realizację recept**

Numer wniosku: Miejscowość, data

Kod Oddziału Wojewódzkiego:

Dane Wnioskującego:

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

Dane apteki:

Nazwa:

Adres:

Numer identyfikacyjny apteki:

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

L. p.	Czytelnie imię i nazwisko	Podpis	Parafa