

.....  
Miejscowość, data

Numer umowy: .....

**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