

.....
Miejscowość, data

Numer umowy:

Dane podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny:

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

Dane apteki/punktu aptecznego:

Nazwa:

Adres:

Kod apteki

**OŚWIADCZENIE
O ZAKOŃCZENIU PEŁNIENIA FUNKCJI KIEROWNIKA APTEKI/PUNKTU
APTECZNEGO**

Oświadczam, że funkcję kierownika w aptece/punkcie aptecznym

.....
(nazwa i adres apteki/punktu aptecznego)

pełniłam/-em od dnia roku do dnia roku
włącznie. Jednocześnie oświadczam, że w tych dniach nie pełniłam/-em funkcji kierownika
w innej aptece.

.....
Podpis i pieczęć
dotychczasowego kierownika apteki/punktu
aptecznego

Potwierdzam.

.....
Podpis i pieczęć podmiotu
prowadzącego aptekę/punkt apteczny