

Miejscowość, data

Kod Oddziału Wojewódzkiego:

Dane Wnioskującego:

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

Dane apteki

Nazwa:

Adres:

Kod apteki

Oświadczenie

Świadom/a odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych informacji na zasadach określonych w art.233 §1 k.k. oświadczam, że wszystkie dane w zgłoszeniu zastępstwa na stanowisku kierownika apteki/punktu aptecznego i załącznikach do zgłoszenia zostały wpisane zgodnie ze stanem faktycznym na dzień jego sporządzenia.

.....
Podpis/y i pieczęć
Osoby reprezentującej wnioskującego

.....
Podpis/y i pieczęć
zastępcy Kierownika apteki/ punktu
aptecznego