

Miejscowość, data

Kod Oddziału Wojewódzkiego:

Dane Wnioskującego:

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

Dane apteki

Nazwa:

Adres:

Kod apteki

OŚWIADCZENIE

ZASTĘPCY KIEROWNIKA APTEKI/PUNKTU APTECZNEGO

Oświadczam, że spełniam warunki do pełnienia funkcji kierownika apteki określone w art. 88 ust. 1-2 lub kierownika punktu aptecznego określone w art. 70 ust. 2b, ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.).

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