

Numer wniosku .....

Miejscowość, data

Kod Oddziału Wojewódzkiego: .....

Dane Wnioskującego:

Nazwa: .....

Adres: .....

Nr telefonu: .....

Nr NIP: .....

Nr REGON: .....

Dane apteki

Nazwa: .....

Adres: .....

Kod apteki<sup>1</sup> .....

## Oświadczenie

Świadom/a odpowiedzialności karnej za podanie nieprawdziwych informacji na zasadach określonych w art.233 §1 k.k. oświadczam, że wszystkie dane we wniosku o zawarcie umowy na wydawanie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia oraz wyrobów medycznych na receptę i załącznikach do wniosku oraz ich wydrukach zostały wpisane zgodnie ze stanem faktycznym na dzień jego sporządzenia.

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

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

<sup>1</sup> o ile został nadany