

.....
Miejscowość, data

Kod Oddziału Wojewódzkiego:

Dane podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny:

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

Dane apteki

Nazwa:

Adres:

Nr ewid. apteki

Upoważnienie

Ja niżej podpisana/podpisany upoważniam Panią/Pana:

.....

nr prawa wykonywania zawodu:

do podpisywania zestawień zbiorczych recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne w imieniu **właściciela/kierownika**¹ apteki / punktu aptecznego.

Upoważnienie obowiązuje w okresie od do²

Wzór podpisu i parafy osoby upoważnionej do podpisywania zestawień zbiorczych

| Czytelnie imię i nazwisko | Podpis | Parafa |
|---------------------------|--------|--------|
| | | |

.....
Podpis

¹ Niepotrzebne skreślić

² Pola nie mogą pozostać puste. W przypadku braku określenia daty końcowej należy wpisać „bezterminowo”.