

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