Numer umowy: ……

Dane podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny:

Nazwa: …….…..…..……

Adres: ……..……..……..……

Nr telefonu: ……..……..……..……

Nr NIP: ……...……

Nr REGON ……...……..…

Dane apteki:

Nazwa …….

Adres ……..

UPOWAŻNIENIE

Ja niżej podpisana/-y[1] upoważniam Panią/Pana[1] :

Imię i Nazwisko - drukowanymi literami

numer PESEL

do podpisywania w imieniu PODMIOTU PROWADZĄCEGO APTEKĘ/ PUNKT APTECZNY[1]
zestawień zbiorczych recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne
Upoważnienie udziela się na czas od …… do …… / bezterminowo[1]

……
data i czytelny podpis osoby reprezentującej podmiot

1.Niepotrzebne skreślić