

....., dnia .....

Dane apteki:

.....  
Nazwa

.....  
Adres

.....  
Kod apteki

**Wielkopolski Oddział Wojewódzki  
Narodowego Funduszu Zdrowia w Poznaniu  
Wydział Gospodarki Lekami**

**PEŁNOMOCNICTWO**

Udzielam pełnomocnictwa - Pani/Panu .....  
do podpisywania w imieniu WŁAŚCICIELA zestawień zbiorczych dotyczących refundacji cen leków,  
środków specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych wydanych na podstawie  
zrealizowanych recept. Pełnomocnictwo udziela się na czas od .....  
do...../ bezterminowo<sup>1</sup>.

.....  
(Podpis – imię i nazwisko właściciela apteki/punktu aptecznego)

Pełnomocnictwo przyjmuje - .....

(Podpis – imię i nazwisko)

**WZÓR PODPISU I PARAFY OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO PODPISYWANIA ZESTAWIEŃ ZBIORCZYCH**

Czytelnie imię i nazwisko	Podpis	Parafa

\_\_\_\_\_  
<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić