

....., dnia

Dane apteki:

.....
Nazwa

.....
Adres

.....
Kod apteki

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

PEŁNOMOCNICTWO

Udzielam pełnomocnictwa - Pani/Panu
spełniającej/spełniającemu warunki art. 88 ust. 1-3, art. 70 ust. 2b¹ ustawy z dnia 6 września 2001 r.
Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271, z późn. zm.)* do podpisywania w imieniu
KIEROWNIKA zestawień zbiorczych dotyczących refundacji cen leków, środków specjalnego przeznaczenia
żywnościowego oraz wyrobów medycznych wydanych na podstawie zrealizowanych recept .
Pełnomocnictwo udziela się na czas oddo.....
(w okresach czasowej nieobecności związanej z urlopem lub chorobą).

*Jeżeli nieobecność Kierownika będzie dłuższa niż 30 dni prosimy o przysłanie kserokopii powiadomienia
Wielkopolskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego.*

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

Pełnomocnictwo przyjmuję -

(Podpis – imię i nazwisko)

WZÓR PODPISU I PARAFY OSOBY UPOWAŻNIONEJ DO PODPISYWANIA ZESTAWIENÍ ZBIORCZYCH

Czytelnie imię i nazwisko	Podpis	Parafa

* nie dotyczy Punktów Aptecznych, gdy kierownikiem lub osobą zastępującą jest technik farmacji.