

.....
Miejscowość, data

Kod Oddziału Wojewódzkiego:

Dane podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny:

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu:

NIP:

REGON:

Dane apteki

Nazwa:

Adres:

Kod apteki (SZOI)

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

.....
Podpis

¹ Niepotrzebne skreślić

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