

.....
Miejscowość, data

Numer umowy:

Dane podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny:

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

Dane apteki

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu:

Kod ewidencyjny apteki:

PEŁNOMOCNICTWO

Ja niżej podpisana/ podpisany upoważniam Panią/Pana ,
PESEL¹: nr prawa wykonywania zawodu²:
do podpisywania zestawień zbiorczych recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia
żywnościowego, wyroby medyczne za właściciela/kierownika³ apteki lub punktu aptecznego w okresie
od do

**WZÓR PODPISU I PARAFY OSOBY/OSÓB UMOCOWANYCH
DO PODPISYWANIA ZESTAWIEŃ ZBIORCZYCH**

L. p.	Czytelnie imię i nazwisko	Podpis	Parafa

.....
Podpis

¹ W przypadku braku tego numeru – rodzaj, seria i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.

² Pole obowiązkowe w przypadku pełnomocnictwa od kierownika apteki.

³ Niepotrzebne skreślić.