

**Oświadczenie kierownika apteki**

Numer wniosku: ..... Miejscowość, data .....

Kod Oddziału Wojewódzkiego: .....

Dane Wnioskującego:

Nazwa: .....

Adres: .....

Nr telefonu: .....

Nr NIP: .....

Nr REGON: .....

Dane apteki:

Nazwa: .....

Adres: .....

Numer identyfikacyjny apteki: .....

Oświadczam, że spełniam warunki do pełnienia funkcji kierownika apteki określone w art. 88 ust. 1-2, 2b i 2e lub kierownika punktu aptecznego określone w art. 70 ust. 2b ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2022 r. poz. 2301).

.....

podpis  
kierownika apteki/ punktu aptecznego