.............................

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 rozliczenia i podpisania korekt zestawień zbiorczych recept na leki, środki spożywcze specjalnego

przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne za właściciela/kierownika3 apteki lub punktu

aptecznego w okresie od ……………….. do ……………….

............................................

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.