

Nr umowy:

.....

miejsowość, data

Kod Oddziału Wojewódzkiego: 09

Dane Podmiotu prowadzącego aptekę:

Nazwa:

Adres:

Nr telefonu:

Nr NIP:

Nr REGON:

Dane apteki:

Nazwa:

Adres:

Kod apteki: 09R/20.....

Pełnomocnictwo

Upoważniam Panią/Pana

(imię i nazwisko)

PESEL: legitymującą/ego się dowodem osobistym

(seria i numer dowodu osobistego)

do reprezentowania podmiotu prowadzącego aptekę / punkt apteczny (podpisywania zbiorczych zestawień refundacyjnych po stronie właściciela / podpisywania aneksów do umowy po stronie właściciela¹) w trakcie trwania umowy na wydawanie refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na recepty zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia Podkarpackim Oddziałem Wojewódzkim z siedzibą w Rzeszowie, ul. Zamkowa 8, 35-032 Rzeszów.

Pełnomocnictwo obowiązuje do odwołania.

.....

(podpis i pieczęć udzielającego pełnomocnictwa)

Wzór podpisu i parafy osoby przyjmującej pełnomocnictwo:

Czytelnie imię i nazwisko	Podpis	Parafa

¹ Niepotrzebne skreślić