

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.....

Upoważnienie

Upoważniam Panią/Pana

PESEL:, nr prawa wykonywania zawodu farmaceuty¹:

do zastępowania mnie (w tym do podpisania zestawienia zbiorczego recept po stronie kierownika apteki / punktu aptecznego) w trakcie mojej nieobecności w dniach od do

.....
(podpis i pieczęć kierownika apteki / punktu aptecznego)

Wzór podpisu i parafy osoby obejmującej zastępstwo:

Czytelnie imię i nazwisko	Podpis	Parafa

¹ Nie dotyczy technika farmaceutycznego