

.....  
Miejscowość, data

Kod Oddziału Wojewódzkiego: .....

**Dane podmiotu prowadzącego aptekę/punkt apteczny:**

Nazwa: .....

Adres: .....

Nr telefonu: .....

Nr NIP: .....

Nr REGON: .....

**Dane apteki**

Nazwa: .....

Adres: .....

**Nr ewid. apteki** .....

**Upoważnienie**

Ja niżej podpisana/podpisany upoważniam Panią/Pana:

.....

nr prawa wykonywania zawodu: ....., PESEL:.....

do podpisywania zestawień zbiorczych recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne w imieniu **właściciela/kierownika**<sup>1</sup> apteki / punktu aptecznego.

Upoważnienie obowiązuje w okresie od ..... do .....<sup>2</sup>

.....  
Podpis

---

<sup>1</sup> Niepotrzebne skreślić

<sup>2</sup> Pola nie mogą pozostać puste. W przypadku braku określenia daty końcowej należy wpisać „bezterminowo”.