**Oświadczenie kierownika apteki/punktu aptecznego**

Miejscowość, data ......................................

**Dane podmiotu prowadzącego aptekę:**

Nazwa: ......................................

Adres: ......................................

Nr telefonu: ......................................

Nr NIP: ......................................

Nr REGON: ......................................

**Dane apteki:** ......................................

Nazwa: ......................................

Adres: ......................................

Kod apteki (z umowy z NFZ): ......................................

Oświadczam, że poniżej wskazani technicy farmaceutyczni, zgodnie z Ustawą o niektórych zawodach medycznych z dnia 17 sierpnia 2023 r. (Dz. U. z 2023 r. poz. 1972), posiadają wpis do Centralnego Rejestru Osób Uprawnionych do Wykonywania Zawodu Medycznego.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nazwisko | Imię | Numer wpisu |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

……………………………………………………

Podpis kierownika apteki/punktu aptecznego