

Wniosek w sprawie numeru konta bankowego

Miejscowość

data

Nazwa podmiotu

REGON podmiotu

Numer identyfikacyjny apteki

Dane posiadacza rachunku bankowego:

.....

.....

Nr rachunku bankowego do rozliczania umowy o realizację programu pilotażowego opieki farmaceuty
sprawowanej nad pacjentem w zakresie zdrowia reprodukcyjnego

.....

.....

Podpis* podpis osoby/osób uprawnionej/yh do reprezentowania podmiotu prowadzącego aptekę

*kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka podmiotu prowadzącego aptekę –
zawierające nazwę, adres, NIP i REGON – wraz z podpisem.