

**Oświadczenie w zakresie postępowania administracyjnego w przedmiocie cofnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki**

Miejscowość .....

Data .....

Nazwa podmiotu

REGON podmiotu

Numer identyfikacyjny apteki

Oświadczam, że **nie toczy się** postępowanie administracyjne w przedmiocie cofnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki, w której realizowane będą usługi w ramach umowy\*.

.....  
(*podpis podmiotu prowadzącego aptekę*)

\*zgodnie z § 7 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2024 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego (Dz. U. poz. 662)