Załącznik Nr 3 do wniosku

**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/ych do reprezentowania podmiotu prowadzącego aptekę

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