....

(miejscowość, data)

.....

Mazowiecki Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
ul. Floriańska 10
03-707 Warszawa

Oświadczenie

Oświadczam, że: …… kontroluję / nie kontroluję* w sposób bezpośredni lub pośredni następujące podmioty zależne w rozumieniu ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów (wnioskodawca podaje oznaczenie podmiotu, jego siedzibą i adres, a w przypadku osoby fizycznej imię, nazwisko i adres):

1.
2.
3.
4.
5.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

……
(podpis osoby uprawnionej)

---

*niepotrzebne skreślić,
**oświadczenie składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń na podstawie art. 233 § 1 i 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.

....
(miejscowość, data)

.....

Mazowiecki Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
ul. Floriańska 10
03-707 Warszawa

Oświadczenie

Oświadczam, że:…….……..... jestem /nie jestem* członkiem grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, której członkami są następujące podmioty (wnioskodawca podaje oznaczenie podmiotu, jego siedzibą i adres, a w przypadku osoby fizycznej imię, nazwisko i adres):

1.
2.
3.
4.
5.
6.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.**

……
(podpis osoby uprawnionej)

*niepotrzebne skreślić,
**oświadczenie składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń na podstawie art. 233 § 1 i 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.

....
(miejscowość, data)

.....

.....

Mazowiecki Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
ul. Floriańska 10
03-707 Warszawa

Oświadczenie

Oświadczam, że na podstawie udzielonych zezwoleń ……
……prowadzę ……..……... apteki.
(wskazać słownie liczbę aptek)

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.*

……
(podpis osoby uprawnionej)

*oświadczenie składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń na podstawie art. 233 § 1 i 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.

....
(miejscowość, data)

.....

Mazowiecki Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
ul. Floriańska 10
03-707 Warszawa

Oświadczenie

Oświadczam, że : ……..…… :

- nie jestem wpisany/wpisana* do rejestru, o którym mowa w art. 100 ust. 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej tj. Rejestru Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą, ani nie wystąpiłem/wystąpiłam z wnioskiem o wpis do tego rejestru,

- nie prowadzę hurtowni farmaceutycznej lub hurtowni farmaceutycznej produktów leczniczych weterynaryjnych ani nie wystąpiłem/wystąpiłam* z wnioskiem o wydanie zezwolenia na ich prowadzenie,

- nie zajmuję się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi ani nie wystąpiłem/wystąpiłam* z wnioskiem o wpis do rejestru, o którym mowa w art. 73a ust. 3 tj. Krajowego Rejestru Pośredników w Obrocie Produktami Leczniczymi.

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.*

.....
(podpis osoby uprawnionej)

---

*niepotrzebne skreślić,
*oświadczenie składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń na podstawie art. 233 § 1 i 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. – Kodeks karny.

....
(miejscowość, data)

.....

Mazowiecki Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
ul. Floriańska 10
03-707 Warszawa

Oświadczenie

Ja niżej podpisany/podpisana* mgr farm. …… posiadający/posiadająca* identyfikator pracownika medycznego, o którym mowa w art. 17c ust. 5 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia o numerze: ……., oświadczam, iż podejmuję się pełnienia obowiązków kierownika apteki ogólnodostępnej o nazwie: …… z siedzibą i adresem: ……. oraz, że nie pełnię funkcji kierownika w innej aptece, punkcie aptecznym lub hurtowni farmaceutycznej/zrezygnuję z obecnie pełnionej funkcji z chwilą otrzymania przez stronę zezwolenia na prowadzenie apteki*

Przebieg dotychczasowego zatrudnienia

……..
……..
……..
……..
……..

(wskazać miejsce, zajmowane stanowisko oraz okres zatrudnienia)

.....

(podpis osoby uprawnionej)

*niepotrzebne skreślić

…… ……..
(miejscowość i data)

……

……

……

Mazowiecki Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
ul. Floriańska 10
03-707 Warszawa

Oświadczenie

Oświadczam, że:

- jestem/nie jestem* wspólnikiem, w tym partnerem, w spółce lub spółkach, które prowadzą łącznie …… apteki ogólnodostępne,**

- prowadzę/nie prowadzę* co najmniej ……. apteki ogólnodostępne albo podmiot lub podmioty przez niego kontrolowane w sposób bezpośredni lub pośredni, w szczególności podmiot lub podmioty zależne w rozumieniu przepisów o ochronie konkurencji i konsumentów, prowadzą co najmniej …… apteki ogólnodostępne,**

- jestem/nie jestem* członkiem grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, której członkowie prowadzą łącznie co najmniej ….. apteki ogólnodostępne,**

- wchodzę/nie wchodzę* w skład organów spółki posiadającej zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej lub zajmującej się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi.***

Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia.****

…….
(podpis osoby uprawnionej)

W przypadku, gdy nabywcą jest spółka oświadczenie powinno być złożone w imieniu spółki oraz osobno przez każdego wspólnika lub partnera w imieniu własnym.

* niepotrzebne skreślić,

** w przypadku wspólnika, w tym partnera w spółce lub spółkach prowadzących apteki, kontrolowania podmiotów prowadzących apteki, uczestnictwa w grupie kapitałowej, której członkowie prowadzą apteki, do wniosku należy dołączyć wykaz aptek, wykaz spółek, wykaz podmiotów kontrolowanych i wykaz członków grupy kapitałowej,

*** w przypadku zasiadania w organach spółki posiadających zezwolenie na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej lub zajmującej się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi do oświadczenia należy dołączyć dane identyfikacyjne tej spółki,

**** oświadczenie składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń na podstawie art. 233 § 1 i 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny.

……

……

……

……

……..
(miejscowość i data)

Mazowiecki Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
ul. Floriańska 10
03-707 Warszawa

Oświadczenie

Oświadczam, że:

- nie prowadzę lub nie wystąpiłem/wystąpiłam* z wnioskiem o wydanie zezwolenia na prowadzenie hurtowni farmaceutycznej i nie zajmuję się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi,

- w okresie trzech lat przed dniem złożenia wniosku nie zostało mi cofnięte zezwolenie na wytwarzanie lub import produktów leczniczych lub produktów leczniczych weterynaryjnych, na prowadzenie apteki lub hurtowni farmaceutycznej lub w okresie trzech lat przed dniem złożenia wniosku nie zostałem/zostałam* skreślony z Krajowego Rejestru Pośredników w Obrocie Produktami Leczniczymi,

- w okresie trzech lat przed dniem złożenia wniosku nie została nałożona na mnie kara pieniężna na podstawie art. 127, art. 127b lub art. 127c ustawy – Prawo farmaceutyczne.

…….
(podpis osoby uprawnionej)

*niepotrzebne skreślić