................................................................ .................................

*(miejscowość, data)*

................................................................

**Mazowiecki Wojewódzki**

**Inspektor Farmaceutyczny**

**ul. Floriańska 10**

**03-707 Warszawa**

***Oświadczenie***

Oświadczam, że : …………………………………..………………………………….. :

* nie prowadzi i nie wystąpiła z wnioskiem o wydanie zezwolenia na wytwarzanie lub import produktów leczniczych albo produktów leczniczych weterynaryjnych, prowadzenie hurtowni farmaceutycznej i nie zajmuje się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi;
* nie prowadzi na terenie województwa więcej niż 1% aptek ogólnodostępnych albo podmioty przez nią kontrolowane w sposób bezpośredni lub pośredni   
  w szczególności podmioty zależne w rozumieniu przepisów o ochronie konkurencji i konsumentów, nie prowadzą łącznie więcej niż 1% aptek na terenie województwa;
* nie jest członkiem grupy kapitałowej w rozumieniu *ustawy z dnia   
  16 lutego 2007r. o ochronie konkurencji i konsumentów* (Dz.U. Nr 50 poz. 331 z późn. zm.), której członkowie prowadzą na terenie województwa więcej niż 1% aptek ogólnodostępnych;
* w okresie trzech lat przed dniem złożenia wniosku nie cofnięto zezwolenia na wytwarzanie lub import produktów leczniczych lub produktów leczniczych weterynaryjnych, prowadzenie apteki lub hurtowni farmaceutycznej;
* w okresie trzech lat przed dniem złożenia wniosku nie została skreślona z Krajowego Rejestru Pośredników w Obrocie Produktami Leczniczymi;
* w okresie 3 lat przed dniem złożenia wniosku nie nałożono na kary pieniężnej na podstawie art. 127, art. 127b lub art. 127c ustawy - Prawo farmaceutyczne.

...............................................................

*(podpis osoby uprawnionej)*

...................................................................... .................................

*(miejscowość, data)*

................................................................

***Oświadczenie***

Oświadczam, że: ………………………………………………………………… kontroluje 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):



………………………………………………

*(podpis osoby uprawnionej)*

................................................................ .................................

*(miejscowość, data)*

................................................................

***Oświadczenie***

Oświadczam, że:……………………………………………………….………........ jest 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):



………………………………………………

*(podpis osoby uprawnionej)*

................................................................ .................................

*(miejscowość, data)*

................................................................

................................................................

***Oświadczenie***

Oświadczam, że …………………………………………………………………… jestem wspólnikiem/partnerem następujących podmiotów, prowadzących apteki ogólnodostępne (wskazać oznaczenie podmiotu, jego siedzibę, adres, nr KRS oraz ilość prowadzonych aptek ogólnodostępnych):

1. ………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

2. ………………………………………………………………………………………………..…

…………………………………………………………………………………………………

3. …………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

4. …………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………

*(podpis osoby uprawnionej )*

................................................................ .................................

(miejscowość, data)

................................................................

................................................................

***Oświadczenie***

Oświadczam, że na podstawie udzielonych zezwoleń ………………………………………

……………………………………………prowadzi .……….………………………... aptek.

*(wskazać słownie liczbę aptek)*

.

………………………………………………

*(podpis osoby uprawnionej)*