

.....  
(miejsowość, 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)

.....  
(miejsowość, 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):

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.

.....  
(podpis osoby uprawnionej)

.....

.....

(miejsowość, 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):

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

.....

(podpis osoby uprawnionej)

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

.....  
(miejsowość, 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 )

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

.....  
(miejsowość, data)

### ***Oświadczenie***

Oświadczam, że na podstawie udzielonych zezwoleń .....  
..... prowadzi ..... aptek.  
*(wskazać słownie liczbę aptek)*

.....  
*(podpis osoby uprawnionej)*