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

*(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):



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):



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](https://sip.legalis.pl/document-view.seam?documentId=mfrxilrtg4ytcnrwga2doltqmfyc4nbqgyztgojqha) 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