Załącznik Nr 2 do wniosku

**Oświadczenie w zakresie postępowania administracyjnego w przedmiocie cofnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Miejscowość  | .............................................., | data | ...................................... |
|  |  |  |  |
| Nazwa podmiotu: |  |  |  |
| REGON podmiotu: |  |  |  |
| Numer identyfikacyjny apteki: |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Oświadczam, że **nie toczy się** postępowanie administracyjne w przedmiocie cofnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki, w której realizowane będą usługi w ramach umowy\*.

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

*podpis podmiotu prowadzącego aptekę*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\*zgodnie z § 7 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 29 kwietnia 2024 r. w sprawie programu pilotażowego w zakresie usług farmaceuty dotyczących zdrowia reprodukcyjnego (Dz. U. poz. 662)